



Colegio Internacional de Educación Superior

DOCTORADO EN INVESTIGACIÓN PSICOANALÍTICA

S.E.P. R.V.O.E. 20081641 (30-06-08)

**“LOS SÍNTOMAS DEL TDAH, SÓLO LA PUNTA DEL ICEBERG.
CLÍNICA DE LO NEGATIVO”**

TESIS

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE
DOCTORADO EN INVESTIGACIÓN PSICOANALÍTICA

PRESENTA

EVA MARÍA ESPARZA MEZA

DIRECTOR DE TESIS

DRA. MA. DE LA I. CONCEPCIÓN RABADÁN FERNÁNDEZ

MÉXICO, D.F. 2015



Esta obra está bajo una [Licencia Creative Commons Atribución-NoComercial-SinDerivar 4.0 Internacional](https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/).

*Para Héctor, el amor de mi vida, mi compañero de tantos años, para quien la
libertad se encuentra únicamente a través del conocimiento.*

*Para mis otros amores: Héctor y Carlos, por la alegría que trajeron a
nuestras vidas.*

Para ti Urania que con tu luz has iluminado siempre mi sendero.

AGRADECIMIENTOS

En el mundo no estamos solos, nuestro aprendizaje es un constante fluir y compartir; en la culminación de este trabajo fueron muchos mis acompañantes, sin su colaboración esta tesis no hubiera sido posible, por eso, expreso mi sincera gratitud a todos ellos:

- A la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), mi alma máter, su apoyo posibilitó la realización de esta ardua investigación.
- Al Colegio Internacional de Educación Superior (CIES) por abrirme las puertas del conocimiento.
- A mi familia que siempre estuvo ahí, alentándome, acompañándome, su inmenso sostén emocional fue fundamental.
- Agradezco infinitamente a la Dra. Concepción Rabadán (Conchita), que creyó en mí, su entusiasmo por mi trabajo constituyó un constante aliciente. Gracias por todos los momentos, las reflexiones, las discusiones teóricas, los comentarios que enriquecieron enormemente este trabajo.
- A mis compañeras: Oswelia, Esther, Consuelo y Lucía, juntas por el camino para alcanzar la meta, gracias por los incomparables momentos y por sus observaciones.
- A la Dra. Dení Stincer, su valiosa asesoría metodológica permitió que este trabajo tuviera el rigor académico de una investigación de este nivel; guardaré tus enseñanzas como un preciado tesoro.
- Gracias Wendy por tu confianza en la perspectiva de este trabajo y remitir a los principales actores de la investigación.
- Al Dr. Jaime Ayala por sus comentarios puntuales en la supervisión y por la revisión del trabajo.
- A las integrantes del Comité de Tesis por su revisión y apoyo. Gracias Dra. Alicia Parra, Dra. Celina Arredondo y Dra. Oswelia Murad.

- A Vivian, no tengo palabras para agradecer toda la desinteresada ayuda que a lo largo de este tiempo me has brindado, como siempre lo he dicho: eres un verdadero amor de persona.
- Gracias tía Rosa, ejemplo de mujer.
- A Bea por su emotiva lectura y esas correcciones impensables, quien mejor que tú para corregir el abstract.
- A mis queridas amigas Bony, Vero, Licha por escucharme y aguantar.
- Finalmente, vaya mi inmensa gratitud a los niños participantes en esta investigación y a sus padres, sin ellos este trabajo no hubiera tenido razón de ser; la confianza depositada en mi quehacer terapéutico me permitió escudriñar en las profundidades de este trastorno, que se emite con tanta frecuencia sin siquiera escuchar a los verdaderos protagonistas: los niños.

ÍNDICE

RESUMEN	
INTRODUCCIÓN	13
CAPÍTULO 1. ANTECEDENTES DEL TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD (TDAH).	19
1.1. Definición de Trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH).	20
1.2. Genealogía del TDAH: el defecto en el control moral y otras etiquetas.	20
1.2.1. El defecto en el control moral.	20
1.2.2. El daño cerebral como causa de los comportamientos desviados: el suceso de la bencedrina.	22
1.2.3. Daño cerebral mínimo – disfunción cerebral mínima.	24
1.2.4. Reacción hiperkinética de la infancia.	26
1.2.5. El TDAH, un trastorno que llegó para quedarse.	27
1.3. Los expertos se pronuncian en torno al TDAH.	28
1.3.1. La Conferencia de Consenso de 1998	29
1.3.2. Consenso Internacional sobre TDAH, 2002.	31
1.3.3. La declaración de Baughman: El TDAH es un “Fraude”.	32
1.3.4. Consenso en México: “El metilfenidato lo mejor”.	33
1.3.5. Primer consenso latinoamericano.	34
1.3.6. La proliferación de consensos.	35
CAPÍTULO 2. EL TDAH COMO SE CONCIBE EN LA ACTUALIDAD.	37
2.1. Formulación del diagnóstico de TDAH desde el DSM-IV y 5.	38
2.2. Criterios diagnósticos.	41
2.3. Datos epidemiológicos: edad de inicio, curso, prevalencia.	41
2.3.1. Edad de inicio.	41
2.3.2. Curso.	41
2.3.3. Prevalencia y género.	42
2.4. Síntomas asociados, comorbilidad, etiología y diagnóstico.	42
2.4.1. Síntomas asociados.	42
2.4.2. Comorbilidad.	42
2.4.3. Factores de riesgo y etiología.	43

2.4.4. Diagnóstico.	43
2.5. La literatura y la epidemiología del TDAH.	44
2.5.1. Sobre la prevalencia del trastorno.	45
2.5.2. Sobre la proporción niños-niñas.	47
2.5.3. Sobre el curso y pronóstico.	49
2.5.4. Sobre el impacto y costo del TDAH.	50
2.6. Acerca de los síntomas asociados y comorbilidad.	52
2.6.1. Sobre los síntomas asociados.	52
2.6.2. Sobre la comorbilidad.	54
2.7. Sobre la etiología.	55
2.8. Sobre los procedimientos diagnósticos.	60
2.9. Sobre el tratamiento.	68
2.9.1. Tratamiento farmacológico.	69
2.9.2. Un negocio muy rentable.	71
2.9.3. El tratamiento multimodal.	74
2.9.4. El tratamiento en México.	77
2.10. Conclusiones sobre el TDAH.	78
CAPÍTULO 3. PERSPECTIVA PSICOANALÍTICA DEL TDAH.	81
3.1. La incursión del psicoanálisis en el entendimiento del TDAH.	82
3.2. Posturas psicoanalíticas sobre el TDAH.	83
3.3. Diagnóstico y patologización de la infancia.	85
3.4. La medicación: fórmula mágica.	88
3.5. Pensar al TDAH desde el psicoanálisis.	90
3.5.1. El TDAH como formación de defensa ante perturbaciones tempranas en la relación de objeto.	92
3.5.2. Problemas de triangulación: la posición del padre.	94
3.5.3. El estrés emocional y las experiencias traumáticas.	94
3.5.4. Alteración en el procesamiento de los afectos y del pensamiento.	96
3.6. Razonamiento psicoanalítico de los síntomas del TDAH.	96
3.6.1. La atención y sus mudanzas.	97
3.6.2. La hiperactividad/impulsividad: actuar en lugar de pensar.	99

CAPÍTULO 4. FALLAS EN LA ESTRUCTURACIÓN PSÍQUICA.	103
4.1. Historia singular de un devenir psíquico.	103
4.2. Deseo de hijo versus deseo de maternidad.	105
4.3. La experiencia del embarazo: anhelo narcisista.	107
4.4. El encuentro con el mundo.	110
4.5. Narcisismo y narcisismo negativo.	115
4.6. Relación madre – hijo.	120
4.6.1. El pecho materno: primer objeto.	121
4.6.2. La depresión materna y el complejo de la “madre muerta”.	124
4.7. Funciones maternas: de la no integración a la integración.	126
4.7.1. Función de sostén (holding) materno y especularidad.	129
4.7.2. Las funciones de manipulación (handling) y presentación de objetos (object presenting).	130
4.8. Las funciones del yo.	132
4.9. Relación amor – odio, presencia – ausencia del objeto.	134
4.10. La transición del principio de placer – proceso primario al principio de realidad – proceso secundario.	136
4.11. Renuncia edípica e instauración del superyó.	137
4.12. Violencia secundaria.	140
METODO	143
Planteamiento del problema.	143
Supuesto general.	144
Objetivo general.	145
Definición de categorías.	145
Tipo de estudio.	148
Diseño de investigación	149
Instrumentos.	150
Procedimiento.	154
Análisis de los datos.	155
Consideraciones éticas.	156
RESULTADOS Y DISCUSIÓN.	157
CASO GABRIEL: “Cachito de cielo”.	160

CASO ALINA: "Sin lugar en el mundo".	184
CASO ANTONIO: "Crecer en soledad".	203
CASO MARIANA: "Entre el olvido y el maltrato".	226
CASO DANIEL: "Ofrenda para la abuela".	249
CASO ARIEL: "La sombra del odio".	273
CONCLUSIONES.	300
REFERENCIAS	328

RESUMEN

El trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH), es el diagnóstico infantil más emitido, su sintomatología principal es la falta de atención y la hiperactividad-impulsividad, no correspondiente al nivel de desarrollo del individuo que obstaculiza su adaptación. Dentro del psicoanálisis existen pocas investigaciones específicas sobre TDAH; así, el objetivo de esta investigación fue identificar, analizar y relacionar las experiencias de vida del niño que generan fallas en la estructura psíquica y determinan la emergencia y evolución sintomática del TDAH.

Se trata de un estudio cualitativo con casos múltiples, donde participaron 6 niños: 2 mujeres y 4 varones, de 6 a 11 años, previamente diagnosticados con TDAH y sus padres. La información provino de diferentes fuentes: entrevistas, expedientes clínicos, cuestionarios, tests grafo proyectivos, hora de juego y sesiones clínicas. Se identificaron tanto las experiencias de vida anteriores al nacimiento, durante el nacimiento y posteriores, como las fallas en la estructura psíquica y evolución sintomatológica. Los datos se interpretaron mediante el análisis clínico, bajo un dispositivo de interanálisis, que permitió reconstruir cada historia. En todos los casos se confirmó el trastorno, predominando el tipo combinado, en comorbilidad principalmente con el trastorno desafiante oposicionista, ansiedad y problemas de aprendizaje.

Se confirma el supuesto del que se partió, respecto a que existen fallas en la estructuración psíquica del niño que determinan la sintomatología del TDAH. Los 6 casos presentan problemas en la integración del self, resaltando la pobreza del yo y dificultad en la constitución del superyó, generando un cuadro de “anilidad primaria”, caracterizado por la incapacidad del niño para elaborar la excitación psíquica, que propicia la descarga sin sentido, el desafío (oposicionismo), la falta de renuncia pulsional y el retiro libidinal del mundo externo, detrás de lo cual subyace el “complejo de madre muerta” y la “distorsión de la preocupación maternal primaria”, según cada caso. Las historias de estos niños destacan por la experiencia temprana de desinvestidura narcisista; 4 casos del “complejo de

madre muerta” se distinguen porque la madre deslibidinizó al bebé desde las primeras horas o en los primeros meses de nacido, siendo relevante que estas madres nunca han sentido que agradan o son aprobadas por sus propias madres (abuelas); conflictos de transmisión intergeneracional que influyen en la imposibilidad para asumir su función materna y generan inquietud, oposicionismo, agresión y lo “blanco”: poner la mente en blanco, donde no hay nada. La “distorsión de la preocupación maternal primaria” representa 2 casos de cuidado materno donde no circula la experiencia de placer compartido madre-bebé, lo que produjo, además de hiperquinesia, en un caso deseos de muerte y en otro dificultades en la integración psicosomática. Se reportan también diferentes formas y circunstancias de ausencia y desvalorización del padre, creando un desequilibrio en la triangulación precoz y conflictos edípicos sin resolver, que incrementaron las dificultades en la estructuración psíquica.

Se concluye que las experiencias tempranas de desinvestidura narcisista, relacionadas con las fallas tanto de la función materna como paterna, conjugadas con experiencias traumáticas repetitivas dentro de un ambiente hostil y poco favorecedor, propician fallas en la estructuración psíquica dando origen al surgimiento de diversos síntomas del desarrollo que evolucionan a TDAH cuando el niño ingresa a la escuela, ya que ésta funge como lugar del redoblamiento de la violencia, que no respeta ni contiene al niño, como tampoco promueve su creatividad y carece de una comprensión reflexiva del problema.

Palabras clave: trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH), fallas en la estructura psíquica, complejo de la madre muerta, distorsión de la preocupación maternal primaria, analidad primaria

ABSTRACT

Attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) is today the amplest given children's diagnose, being its main symptoms a general lack of attention and hyperactive-impulsiveness, non correspondent to the individual's development stage, which impair basic socializing skills. Few specific researches on the subject of ADHD are available within psychoanalyses; therefore, this investigation's focus was to identify, analyze and to link with the child's life experiences that cause fissures in the psychic structure, determining the emergence and symptomatic evolution of ADHD.

Multiple-case qualitative study, where six children from six to eleven years old, comprising both sexes, previously diagnosed with TDAH, and their parents, were involved. Data obtained came from various sources: interviews, clinical files, surveys, graphic projective test, playtime hours and clinic sessions; from such a compound, previous-to-birth life experiences, as well as in birth and beyond, were identified as keynote moments in the fissure of the psychic structure, as well as symptomatic evolution. Data was interpreted via clinical analyses, ruled by a dispositive of inter-analyses that allowed recreating each history. In every case diagnose was confirmed, predominately a mix type, in co-morbidity with oppositional defiant disorder, anxiety and learning disabilities.

Previous basic assumption regarding flaws in child's psychic structure determinant of ADHD symptoms is confirmed. In all six cases there is manifest difficulty on self integration, with highlights in ego-deficiency and general inability in establishing the superego, originating thus a pathological picture of "primary anality," characterized by the child's incapability in dealing with psychic excitement, which prompts senseless discharge, defiance (oppositional), failure to impulsive renunciation, and libidinal withdrawal from the outside world. A "Dead mother complex" or a "Distortion of primary material preoccupation," as appropriate to each case, is found to ground these symptoms.

Stories of children such as studied are outstanding due to an early experience of narcissistic disinvestment: Four cases linked to a “Dead mother complex” are clearly set apart in account of the mother’s un-libidinizing of the newborn since even its first months, when not the first hours, of life (it is relevant, as well, that such mothers have neither ever felt to be loved or approved by their own mothers, grandmothers in turn to their children); conflicts of inter-generational transmission that influenced the impossibility to assume their maternal function generating restlessness, oppositional, aggression, and “the white” (blacking out the mind, where there is nothing). A remaining of two cases is represented by a “Distortion of maternal preoccupation”, wherein a shared babe-mother experience of pleasure did not flux between the two, which, in addition to hyperactivity, produced in one case, death wishes and difficulties in psychosomatic integration in another. Aside from these, other factors that contribute to an increasingly distressed psychic structuring are varied manners and circumstances of a father’s absence and depreciation, which result in a precocious triangulation imbalance, as well as in unresolved oedipal conflicts.

It is to be concluded, that narcissistic disinvestment experiences early appearing when put next to failure both in mother as in father role, combined with repetitive traumatic experiences within a hostile and unflattering environment are determinant in psychic structuring fractures, giving rise to the emergence of a set of developmental symptoms that often evolve into ADHD when schooling begins, since violence is redoubled at the institution, which neither respects, contains, nor promotes creativity the child, as it also lacks a thoughtful understanding of the problem.

Key words: attention deficit hyperactivity disorder (ADHD), psychic structure failure, dead mother complex, distortion of primary maternal preoccupation, primary anality

INTRODUCCIÓN

Mi interés en indagar sobre los aspectos psíquicos subyacentes al denominado trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH), data de varios años atrás, cuando una de mis alumnas me solicitó dirigiera su tesis sobre el tema; junto con ella adquirí la información predominante, sin realmente objetar su validez epidemiológica y etiológica. Después de varias investigaciones, hubo una que nos hizo cuestionarnos si verdaderamente la etiología neurológica era la única implicada en el trastorno; a la par de estas circunstancias, cada vez llegaban al consultorio más niños, incluso muy pequeños, “acusados” de ser hiperactivos y no ser capaces de atender en el salón de clase; uno de estos casos, un niño que llevaba ya varios años medicado, me inquietó sobremanera cuando escuché a su madre adoptiva decir: “me molesta mucho, parece que tiene caca en el cerebro... no era lo que yo esperaba”, fue entonces que se prendió en mi la idea de cuestionar si el TDAH realmente se limitaba a un conjunto de síntomas: inatención, hiperactividad e impulsividad, que se debían a un mal funcionamiento neurológico de origen genético, en donde no había cabida para los conflictos relacionales entre los padres y el niño, problemática que incluso nos remonta a las etapas más tempranas del desarrollo.

Indagando acerca del tema, me encontré con una publicación de Antshel, Macias y Barkley -este último, uno de los autores de mayor prestigio en el ámbito psiquiátrico- (2009) donde, además de minimizar la participación de los factores psicosociales, se encuentra la siguiente advertencia: “las formas tradicionales de terapia de juego, psicoterapia, o alguna otra terapia de fundamento psicodinámico o psicoanalítico carecen de evidencia científica sobre su eficacia para el TDAH” (p. 532); por ende, para estos autores, el único tratamiento viable es el de los medicamentos psicoestimulantes, dado que los efectos secundarios “no son graves”. Debo decir que estas aseveraciones me resultaron molestas y a la vez me instigaron a adentrarme más en la investigación sobre el TDAH; de este modo, una y otra vez aparecía en la literatura que se trata de un desorden neurobiológico

LOS SÍNTOMAS DEL TDAH, SÓLO LA PUNTA DEL ICEBERG

Eva María Esparza Meza

de tipo genético persistente hasta la adultez, que es el trastorno más frecuente en la niñez, con una prevalencia de entre el 3 y el 10% de la población infantil (Reiff, 2011); según cifras de la Comisión de Educación Pública y Servicios Educativos de la Cámara de Diputados (2008), en nuestro país existen aproximadamente 1,600,000 niños con el trastorno, aunque Peña, Palacio y Barragán (2010) refieren que solamente el 30% de los pacientes reciben atención, ya sea psicoterapéutica o médica, resaltando el hecho de que no descartan la posibilidad de medicar incluso a niños de 3 años.

Otro aspecto sorprendente, fue la manera tan diligente con que la comunidad profesional de la salud mental en México, se apega a la normatividad impuesta por la Asociación Americana de Psiquiatría (APA por sus siglas en inglés), difundida a través del Manual Diagnóstico De Los Trastornos Mentales (DSM) tanto en su versión vigente DSM 5 (2013) como en la anterior (2002), especialmente para prescribir con suma facilidad los medicamentos psicoestimulantes; no obstante, vale la pena destacar que al menos reconocen la participación de los factores psicológicos en el origen del trastorno y enfatizan en la necesidad de que el profesional mantenga comunicación con los padres y maestros.

La literatura acerca del TDAH es muy abundante, sobre todo las investigaciones que abordan los aspectos neurológicos y los beneficios del medicamento; también se puede encontrar con relativa facilidad, publicaciones referentes a la postura (generalmente psiquiátrica) a favor de la existencia del diagnóstico y de los datos epidemiológicos; existen menos publicaciones sobre la perspectiva contraria, es decir, aquella donde se niega la existencia del trastorno y se ponen en duda tanto los aspectos epidemiológicos como la alternativa farmacológica.

Dentro de este contexto, las investigaciones psicoanalíticas, que tratan concretamente sobre el TDAH son escasas; es pues, a partir de estas consideraciones, que mi interés esencial se centró en averiguar los aspectos psíquicos subyacentes a la sintomatología del trastorno, desde mi experiencia clínica he podido percatarme que los síntomas característicos de dificultad para

atender, hiperactividad e impulsividad, no surgen de la nada repentinamente, lo que me condujo a reflexionar en que solamente una indagación más profunda, nos permitiría rastrear en qué momento se originaban, cuáles eran las condiciones que los generaban y cómo iban evolucionando; por supuesto este procedimiento sólo puede darse en el psicoanálisis, de esta manera, apelando a la ecuación etiológica de Freud (1917 [1916-17]), me planteo el supuesto teórico de que los síntomas tal como los conocemos, constituyen solamente la punta de un iceberg, debajo de éste existe un entramado donde se conjugan los factores constitucionales y las experiencias vividas durante la infancia, que producen fallas en la estructura psíquica y determinan la emergencia de la sintomatología. En este sentido, coincido con autores como Segú (2012), Bleichmar et al. (2007), Punta (2007) o Janin (2006a, 2006b) entre otros, en relación a que, apelar exclusivamente a la sintomatología enlistada en el DSM para establecer un diagnóstico, es reduccionista y desestima tanto la subjetividad del niño, como el hecho de que tiene una historia, en la cual también están involucradas las historias particulares de sus padres y las condiciones culturales del entorno en que vive.

El análisis de las experiencias de vida que en conjunto con los factores constitucionales dieron origen a fallas en la estructura psíquica, determinantes de la emergencia y evolución sintomatología de cada niño, fue el resultado de un arduo proceso de investigación que llevó 3 años y que finalmente se consolidó en este trabajo, con la esperanza de que refleje la esencia del devenir histórico de cada uno de los participantes, que depositaron en mi su confianza para reconstruir y dar significado a su vida.

El cuerpo total del trabajo se conforma de 2 secciones, la primera está compuesta por 4 capítulos que constituyen el marco teórico conceptual en el cual se fundamentó la investigación; la segunda sección corresponde propiamente a la investigación. Dentro del marco teórico, el primer capítulo se refiere al estado de la cuestión, en el presente una reseña de los antecedentes históricos del trastorno: desde su origen a principios del siglo XX, los cambios que la nomenclatura sufrió a

LOS SÍNTOMAS DEL TDAH, SÓLO LA PUNTA DEL ICEBERG

Eva María Esparza Meza

lo largo de tres cuartos de siglo, hasta que en 1980 adquirió el nombre con el que se le conoce actualmente; a partir de los años noventa comenzó a darse el fenómeno de los consensos, grupos de trabajo que se pronuncian en torno del trastorno, a partir de lo cual da inicio la controversia sobre su existencia y tratamiento. También expongo los vaivenes de la etiología: comenzando por el daño cerebral mínimo, que luego se transformó en disfunción cerebral mínima, para desembocar en la etiología neurogenética imperante en nuestros días.

El capítulo 2 tiene la finalidad de ofrecer un panorama sobre la concepción actual del TDAH, abordo la caracterización del trastorno desde el DSM IV y 5 (Asociación Americana de Psiquiatría [APA], 2002, 2013), los criterios diagnósticos, datos epidemiológicos: edad de inicio, curso y prevalencia; síntomas asociados, comorbilidad, etiología, procedimiento diagnóstico y tratamiento; así como lo que se ha escrito respecto de estos tópicos en la literatura; incluyo además, la perspectiva prevaleciente en nuestro país alrededor del diagnóstico y tratamiento.

Luego de presentar el estado de la cuestión, me enfoco en el fundamento teórico que sustenta la investigación; el capítulo 3 está dedicado a la exposición de la perspectiva psicoanalítica del TDAH, donde explico la postura de los que rechazan la existencia del diagnóstico y la de aquellos que no rebaten su existencia pero cuestionan la etiología, el sobrediagnóstico y la medicalización generalizada. A partir de las investigaciones encontradas, presento la concepción psicoanalítica del TDAH, síntomas que son considerados como defensas ante las perturbaciones tempranas en la relación de objeto, derivados de problemas de triangulación, experiencias traumáticas y dificultades en la metabolización.

El capítulo 4 trata sobre las fallas en la estructuración psíquica que ocurren en el devenir psíquico del individuo; en el que el deseo de hijo juega un papel estructurante, en tanto que el deseo de maternidad constituye un factor patógeno. Incluyo también la experiencia del embarazo como tiempo de la investidura fetal, así como las condiciones bajo las cuales la investidura resulta afectada. La llegada al mundo puede revestirse de placer o bien de displacer, en ocasiones llega a

LOS SÍNTOMAS DEL TDAH, SÓLO LA PUNTA DEL ICEBERG

Eva María Esparza Meza

convertirse en un sufrimiento difícil de metabolizar para el incipiente psiquismo. Otro punto desarrollado tiene que ver con la experiencia narcisista o bien su contrario: el narcisismo negativo que interfiere con la integración y tiene el efecto de la desligazón. Dentro de las fallas más importantes se ubican aquellas que tienen lugar en la relación madre-hijo, donde son relevantes tanto los excesos como las carencias, que afectan el desarrollo de la confianza y seguridad en sí mismo del niño. Explico la trascendencia de las funciones maternas en la conformación de la estructura psíquica, pues promueven la integración y el logro de la autonomía; las fallas en este rublo generan grandes angustias de desamparo que inciden en la fragilidad del yo y obstaculizan la integración. Otro tópico se refiere a los efectos que en la estructura del niño produce la depresión materna, la relación de amor-odio; así como las dificultades para transitar del proceso primario al secundario, para la renuncia pulsional y la instauración del superyó y finalmente las consecuencias de la violencia secundaria en la estructuración psíquica.

La sección metodológica incluye el apartado de método, en el que además de plantear el problema de investigación y el supuesto general, expongo el objetivo general, los objetivos particulares, las categorías de análisis, el tipo de estudio, diseño de investigación, instrumentos empleados para recabar la información, participantes, procedimiento y mecanismo para analizar los datos.

El siguiente apartado corresponde al de resultados y discusión, en el presento el análisis de las historias de cada uno de los participantes, organizado en los incisos de información general, que comprende: la descripción del niño, el motivo de consulta, los datos del reporte psicológico y la confirmación del diagnóstico. El inciso consecutivo describe la sintomatología presentada por el niño desde su nacimiento. Un tercer apartado corresponde propiamente al análisis del caso, donde abordo las experiencias anteriores al nacimiento, durante el nacimiento y posteriores; así como las fallas en la estructuración psíquica, registradas en cada momento particular de la historia del niño, estos aspectos se vinculan con el surgimiento y evolución de los síntomas que previamente se describieron.

LOS SÍNTOMAS DEL TDAH, SÓLO LA PUNTA DEL ICEBERG

Eva María Esparza Meza

La última parte la dedico a las conclusiones, donde expongo el análisis de los casos desde una perspectiva transversal, se parte de las concordancias y particularidades identificadas en todos los casos, de tal modo que, procediendo de categoría en categoría, se arriba a algunas conclusiones específicas, para proponer la presencia de una patología psíquica que explica los síntomas característicos del TDAH.

CAPÍTULO 1. ANTECEDENTES DEL TRASTORNO POR DÉFICIT DE ATENCIÓN CON HIPERACTIVIDAD (TDAH).

Leon Eisenberg (2007) comienza un artículo con el siguiente comentario: “Había una vez, cuando me gradué de la escuela de medicina (en 1946, para ser más precisos), que no existía el déficit de atención con hiperactividad (TDAH); esto es, que no existía tal término” (p. 279). Hoy en día, casi 70 años después, presenciamos una explosión de niños que padecen el denominado trastorno; se dice que es tal su magnitud que se ubica como un problema de salud pública, incluyendo nuestro país. Cifras recientes aluden que en los Estados Unidos, el 8% de los niños son diagnosticados con este trastorno (Mc Keown, Hisle-Gorman, Eide, Gorman and Nylund, 2013). En México no existen datos epidemiológicos actualizados, no obstante, según información de la Dirección General de Servicios de Salud Mental (SERSAME, 2002) de la Secretaría de Salud, constituye el diagnóstico más emitido, especialmente en niños en edad escolar. Así mismo, la Iniciativa de Ley LX/ III/1/065 de la Comisión de Educación Pública y Servicios Educativos de la Cámara de Diputados (2008) advierte que de acuerdo con datos de la Encuesta Nacional de Epidemiología Psiquiátrica de 2006, entre el 5 y 6% de los niños de 6 a 16 años sufrían de TDAH, dato que representaba aproximadamente a 1,600,000 niños.

Ante tales circunstancias, surge la pregunta ¿dónde comenzó todo esto? La indagación nos lleva al hecho de que el TDAH no es un fenómeno reciente, Smoyak (2008) menciona que desde 1798 el médico Alexander Crichton delimitó un cuadro mental de agitación semejante al TDAH; aunque fue hasta 1904 que se publicó por primera vez en la literatura médica un caso de déficit de atención. Desde entonces y hasta la fecha, el cuadro cambió de nombre en diversas ocasiones hasta llegar al diagnóstico como se conoce actualmente; así pues, antes de describir la historia de este trastorno tan en boga, es necesario especificar de qué estamos hablando cuando nos referimos al TDAH.

LOS SÍNTOMAS DEL TDAH, SÓLO LA PUNTA DEL ICEBERG

Eva María Esparza Meza

1.1. Definición de Trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH).

Tanto el DSM IV (APA, 2002) como la versión actual DSM 5 (APA, 2013) definen al TDAH como un “patrón persistente de desatención y/o hiperactividad-impulsividad, que es más frecuente y grave que el observado habitualmente en sujetos de un nivel de desarrollo similar” (p.97), que obstaculiza el desarrollo y funcionamiento de la persona. Más usual en varones que en niñas, comúnmente detectado alrededor de los 7 años, en algunos casos persiste durante toda la vida.

1.2. Genealogía del TDAH: el defecto en el control moral y otras etiquetas.

Desde el defecto en el control moral de Still (citado en Smoyak, 2008) hasta el actual diagnóstico del TDAH, existe una larga y controvertida historia entre diversas posturas radicales que reclaman su hegemonía: trastorno neurológico por un lado; perturbación psicosocial por el otro o incluso la corriente que clama por su inexistencia. Enfoques que de muchas formas se desconocen mutuamente y que comprometen a los niños diagnosticados con el trastorno, atravesados por la estéril discusión acerca de la legitimidad del diagnóstico.

1.2.1. El defecto en el control moral.

En la historia del TDAH el argumento del control infantil ha sido un eje central, Rafalovich (2001) sostiene que para algunos autores la historia del TDAH está directamente vinculada al ejercicio del poder, sea institucional, escolar o de las agencias institucionales de salud. Para este autor, la explicación del trastorno ha variado en función del período histórico y de la modalidad imperante, de esta forma, la secuencia psiquiátrica comprende: la encefalitis letárgica, el daño cerebral mínimo, parálisis cerebral mínima, retardo medio, disfunción cerebral mínima, síndrome hiperquinético y desarrollo atípico.

En esta historia de relaciones de poder, control social o prácticas de higiene moral, se considera (Brown, 2006; Sajid, Poor y Diaz, 2010; Smoyak, 2008) que fue el

LOS SÍNTOMAS DEL TDAH, SÓLO LA PUNTA DEL ICEBERG

Eva María Esparza Meza

médico inglés George Still quien en 1902 descubrió el trastorno, cuando expuso los casos de 20 niños institucionalizados seriamente perturbados con lo que él denominó como “defectos en el control moral” y que se mostraban incapaces para mantener la atención, desafiantes, hipersensibles emocionalmente violentos, sin respeto por las normas sociales y con poca inhibición de la voluntad.

Comstock (2011) afirma que este hecho es reconocido tanto por los defensores del diagnóstico neurológico representados por Barkley (1997) como por los que cuestionan la medicalización a ultranza encabezados por Rafalovich (2001); para ambas posturas el descubrimiento de Still representó un hito, solo que su repercusión es distinta; para unos significó el descubrimiento de un nuevo trastorno médico; en tanto que para los otros representó el develamiento de una nueva variedad de control social. Comstock explica que son insuficientes los argumentos que afirman que el TDAH comenzó en la noción de defecto moral, ya que no existe reciprocidad entre aquel concepto y la actual nosografía neurológica. Básicamente la cuestión radica en cómo se aborda al objeto de estudio, las investigaciones de Still pretendían explorar la relación existente entre los comportamientos transgresores, la fisiología anormal, la degeneración y la naturaleza constitucional del individuo que se convierte en criminal; lo que implicaría, según la perspectiva de Comstock, la posibilidad de generar mecanismos para proteger a la sociedad de los individuos que por su naturaleza genética encarnan un peligro para la misma. El autor nos dice (siguiendo la postura epistemológica de Foucault) que en la medida en que el concepto de amenaza social fue desvaneciéndose, apareció la figura de desviado o perturbado, que ya no representaba una ofensa a los intereses comunes de la sociedad, sino que significaba una desviación de la normalidad, así pues de enemigo pasó a ser anormal (deficiente en la definición actual).

Los defensores de la postura neurológica, explica Comstock (2011), consideran que Still hizo un gran aporte a la medicina, sin embargo, es necesario reflexionar que el criterio diagnóstico de los individuos inadaptados en la esa época, se regía

LOS SÍNTOMAS DEL TDAH, SÓLO LA PUNTA DEL ICEBERG

Eva María Esparza Meza

por estándares, valores jurídicos y morales más que médicos; estos criterios se reemplazaron con el tiempo, por las normas conductuales. El concepto de sujeto naturalmente inmoral se aplicaba a individuos que habían transgredido las leyes, que en el caso de los niños, su condición impedía que fueran juzgados; bajo la ciencia higiénica de la moral, Still pretendió estudiar a los niños incorregibles y rebeldes a los que consideraba “idiotas morales”, su comportamiento concernía a la nosografía de la idiocia, tan común en aquellos días, aunque por su inteligencia normal no podían ser catalogados como idiotas, este aspecto era lo que representaba una amenaza para la sociedad, razón más que suficiente para juzgarlos y someterlos a las prácticas eugenésicas de la ciencia.

1.2.2. El daño cerebral como causa de los comportamientos desviados: el suceso de la bencedrina.

Posterior a Still, comenzaron a reportarse casos donde después de sufrir lesiones cerebrales, encefalitis y otras enfermedades, se producían los mismos síntomas descritos por él, así fue que la comunidad médica comenzó a pensar, que estos síntomas se debían a una lesión cerebral; denominación prevaleciente durante buena parte de la primera mitad del siglo XX, pero sin que se haya comprobado la existencia de tal lesión cerebral. Todo ese período se caracterizó por la búsqueda de etiquetas para el trastorno, se considera que se han emitido alrededor de 25 denominaciones y 90 definiciones (Mas, 2009).

En la pesquisa de la causa orgánica de los problemas de conducta, ocurrió el desafortunado asunto de la bencedrina (tipo de anfetamina), Charles Bradley reportó en 1937 que luego de haber administrado el medicamento a 30 niños de entre 5 y 14 años, -hospitalizados por presentar diferentes tipos de perturbaciones conductuales pero con inteligencia normal-, ocurrieron cambios significativos en el aprovechamiento escolar. En 1950, Bradley daba a conocer la dosis recomendada del medicamento, afirmando que después de haber tratado a 275 niños, había encontrado que entre el 50 y el 60% se habían disciplinado, entre el 60 y 70% evidenció mejoría en los síntomas, de un 15 a un 25% no mostró cambios y entre

LOS SÍNTOMAS DEL TDAH, SÓLO LA PUNTA DEL ICEBERG

Eva María Esparza Meza

10 y 15% presentaron una respuesta desfavorable al tratamiento. Bradley aseguraba que no había potencial de adicción si bien poseía efectos secundarios (similar a lo que se dice hoy en día sobre los medicamentos estimulantes), concluyendo que la bencedrina mejoraba el comportamiento de los niños por su influencia en las reacciones emocionales a las situaciones estresantes.

Según Comstock (2011), a partir de estos experimentos es que comienzan a vincularse los comportamientos como los actualmente descritos por el TDAH al supuesto daño cerebral; el objetivo de Bradley era sustituir la psicoterapia con medicamentos capaces de reducir tanto la hiperactividad como otros problemas de conducta y mejorar el desempeño académico. Sin embargo, Bradley pensaba que el trastorno era de origen más bien psicodinámico, pero que podía tratarse con medicamentos que facilitaran la psicoterapia, de tal forma que el propósito de prescribir un fármaco era propiciar el ajuste social del niño, significando que la medicación era solamente un medio para producir efectos benéficos a corto plazo más que tratar el trastorno subyacente; ideas que como puede verse, distan mucho de las que imperan hoy en día. El problema era que se administraban medicamentos sin saber bien a bien cuál era el efecto que iban a tener y por supuesto no había ningún estándar ético.

Por su parte, Rafalovich (2001) al analizar los argumentos de Bradley, refiere que finalmente se había logrado encontrar la “píldora mágica” para obtener el sometimiento de los niños, que los adultos añoran. Para Bradley era un hecho curioso que un medicamento usado para estimular la actividad en los adultos tuviera un efecto paradójico en los niños; aunque Comstock (2011) disiente de esta afirmación, considera que Bradley sabía que realmente no existía tal efecto paradójico de los fármacos, dado que el origen del trastorno se encontraba en los conflictos emocionales; aunque los estimulantes paradójicamente apaciguan a los niños hiperactivos, teóricamente el problema radicaba en el conflicto psicológico y la infelicidad que lleva aparejada. Con el descubrimiento del efecto de los fármacos en el comportamiento de los niños, sobrevino el auge de tratamientos

LOS SÍNTOMAS DEL TDAH, SÓLO LA PUNTA DEL ICEBERG

Eva María Esparza Meza

médicos; de esta forma, los medicamentos se han empleado para lograr que los niños rebeldes y difíciles se sometieran a las reglas sociales, es por esta razón que los críticos sociales calificaron a los experimentos de Bradley y sus contemporáneos como inhumanos y bárbaros.

La mejoría de los síntomas ante la administración de distintos medicamentos, incluyendo los antipsicóticos, se constituyó en la mejor evidencia de que la hiperactividad y otras conductas indeseables eran causadas por un daño cerebral; a partir de entonces la medicación se convirtió en la estrategia ideal para erradicar y controlar los comportamientos desviados de los niños causados por el supuesto daño cerebral. Fue así, que a partir del arribo de los estimulantes, el trastorno se volvió jurisdicción exclusiva de la neurología y la psiquiatría (Rafalovich, 2001).

1.2.3. Daño cerebral mínimo – disfunción cerebral mínima.

A mediados del siglo XX la indagación por la causa neurológica continuó incesantemente, el advenimiento de los medicamentos para tratar los problemas de comportamiento significó la perseguida comprobación de la causa orgánica; dentro de la psiquiatría comenzó a predominar el discurso de que si el medicamento tenía efecto era porque existía una patología neurológica. Surgió desde ese momento la polémica por el origen y tratamiento del trastorno, los profesionales se dividieron en bandos medicamento – antimedimento.

En esa época el centro del trastorno fueron los comportamientos perturbadores, especialmente la agresividad y la hiperactividad aparentemente originados por un daño cerebral, que al ser demostrado, se sustituyó por la idea de una lesión cerebral mínima, término acuñado por Straus y Lehtinen en 1947 (citados por Mas, 2009), su uso excesivo acabó por generar una gran reticencia entre la comunidad médica debido a que se hablaba de lesiones que no podían ser confirmadas. Mas nos dice que en 1962 se sustituyó el diagnóstico de daño cerebral mínimo por el de disfunción cerebral mínima, si no había lesión entonces tenía que tratarse de un mal funcionamiento; sin embargo, “el cambio de término no supuso en realidad

LOS SÍNTOMAS DEL TDAH, SÓLO LA PUNTA DEL ICEBERG

Eva María Esparza Meza

un cambio real de posición: se atribuye, sin prueba alguna, a una afección cerebral una serie de trastornos cuyo origen en realidad se ignora” (Mas, 2009; p. 250).

A partir de la década de los sesenta del siglo pasado, los diagnósticos disfunción cerebral mínima o daño cerebral mínimo se usaron indistintamente para referirse a niños con síntomas de hiperactividad, impulsividad y comportamientos perturbadores. Eisenberg (1972, 2007) explica que el término no era para nada satisfactorio, a partir de algunos signos neurológicos leves se infería el daño cerebral; sugiriendo así, una etiología biológica más que psicológica. Sin embargo, el origen biológico no estaba validado por datos reales; agregarle el adjetivo de mínimo no significó un incremento en su precisión ni validez. La oposición, el diagnóstico de disfunción cerebral mínima persistió durante tanto tiempo por motivos prácticos, ya que la idea de la implicación orgánica del problema propició que las escuelas públicas de los Estados Unidos, crearan servicios adicionales para los niños con el trastorno; por otra parte, los padres lo aceptaron ampliamente porque se sintieron liberados de la responsabilidad en su origen. De esta manera, el autor justifica la permanencia del término por la oportunidad que ofreció, de mejorar la vida de los niños con el padecimiento y de sus padres.

En contraste, Comstock (2011) sugiere que después de que se adujo el problema a una deficiencia en el desarrollo moral, los descubrimientos farmacológicos lograron que, a mediados del siglo XX la hiperactividad, impulsividad y dificultades en la atención emergieran como un defecto físico aunque no se localizara la mencionada lesión orgánica. Para justificar la existencia de la disfunción cerebral mínima, primero se argumentó que el cerebro estaba sobre estimulado, posteriormente se trató de un funcionamiento anormal de las sinapsis y se concluyó que el cerebro de los niños con el trastorno era lento, todas explicaciones ficticias, inferidas. La perspectiva médica redujo la conducta y la cognición al funcionamiento cerebral. Para esos días, ya habían surgido algunas explicaciones del trastorno emitidas por la perspectiva psicosocial; no obstante, la postura médica las descartó por ser poco confiables, considerando que “estaban

perdidos en los síntomas, y la psicoterapia proporcionada era apenas un curita para un fenómeno más complejo” (Rafalovich, 2001, p. 407). Consideraban que esas corrientes teóricas no entendían la etiología de los síntomas pues todo lo vinculaban a la ansiedad experimentada por el niño. Para Wender, señala Rafalovich la disfunción cerebral mínima tenía que ver con la química cerebral, no con la angustia, en consecuencia, se requería de un tratamiento químico para eliminar los síntomas. No obstante, ante la falta de evidencias y la infinidad de términos que más o menos se referían a los mismos síntomas, el diagnóstico se sustituyó por el de reacción hiperkinética de la infancia.

1.2.4. Reacción hiperkinética de la infancia.

Tanto Wender como Eisenberg impulsaron, hacia finales de la década de los sesenta la idea de unificar la nomenclatura empleada para describir los síntomas, proponiendo el término de reacción hiperkinética de la infancia que finalmente reemplazó al diagnóstico de disfunción cerebral mínima (Kean, 2005). En un artículo de 1972 (que al leerlo da la impresión de ser tan actual), Eisenberg refiere que el término reacción hiperkinética de la infancia especifica un síndrome o conjunto de síntomas caracterizados por inquietud motora, períodos de atención breve, escaso control de impulsos, inestabilidad emocional y dificultades de aprendizaje; según su punto de vista, esta clasificación era más precisa puesto que enfatizaba en los síntomas, dejando de lado la falta de certeza y validación de la tan mencionada causa orgánica.

Después de un largo debate entre psiquiatras estadounidenses y británicos (éstos preferían el término de desorden del comportamiento), definitivamente se incluyó la categoría de reacción hiperkinética de la infancia en el DSM II, en 1968, donde destacaba el comportamiento hiperactivo, caracterizado como un trastorno más bien benigno que tendía a desaparecer en la adolescencia. Barkley (1997) refiere que aunque se enfatizaba en el comportamiento hiperactivo muchos clínicos siguieron pensando en el origen neurológico. A pesar del debate en relación a la

LOS SÍNTOMAS DEL TDAH, SÓLO LA PUNTA DEL ICEBERG

Eva María Esparza Meza

terminología y su fisiología, “fue el único síndrome en la psiquiatría infantil para el cual existía un amplio acuerdo sobre la medicación” (Eisenberg, 2007, p. 280).

La reacción hiperkinética es descrita por Eisenberg (1972) de manera muy similar a lo que ocurre hoy en día con el TDAH: una prevalencia de entre el 5 y el 10%, fracasos académicos y problemas de conducta asociados; plantea que para esos años todavía se desconocían las causas, el comportamiento es la manifestación de diversas patologías, se infiere una probable base genética, así como defectos en la función neuronal; con frecuencia se presentan complicaciones en el embarazo y el parto. Reporta que el tratamiento más efectivo es el farmacológico especialmente el metilfenidato y la dextroanfetamina, medicamentos empleados para suprimir la hiperactividad, la impulsividad y extender los períodos de atención. Sin embargo, expone un punto importante que en la actualidad se ha excluido: un tratamiento efectivo solamente comienza con el medicamento, son imprescindibles la educación remedial y el apoyo psicológico a los padres.

1.2.5. El TDAH, un trastorno que llegó para quedarse.

Doce años después de que apareciera la reacción hiperkinética de la infancia, se modificó por la de trastorno por déficit de atención con o sin hiperactividad (TDAH) en 1980 con el arribo del DSM III; la novedad, además del cambio de nombre, fue que el énfasis en el comportamiento perturbador se trasladó al supuesto déficit de atención, si bien continuó ubicado dentro de la categoría de desórdenes del comportamiento. Desde la época de los setenta del siglo pasado, algunos autores comenzaron a expresar el supuesto de que por encima de la hiperactividad se encontraban tanto la dificultad para mantener la atención como la impulsividad, esta última característica parecía explicar mejor la deficiencia para regular el comportamiento que presentan algunos niños, lo que interfiere en su adaptación al medio. Así fue como por algún tiempo, el diagnóstico se presentó más como un trastorno de la atención. En el DSM III, el diagnóstico se emitía en función de una lista única de síntomas, aunque por primera vez se distinguieron dos tipos: el trastorno por déficit de atención con hiperactividad y el que no presenta este

LOS SÍNTOMAS DEL TDAH, SÓLO LA PUNTA DEL ICEBERG

Eva María Esparza Meza

rasgo, de hecho la sobre actividad motriz y la cuestión del control de impulsos fueron de suma importancia para diferenciar el trastorno de otras condiciones y poder establecer los riesgos en el desarrollo posterior (Barkley, 1997; Brown, 2006; Eisenberg, 2007; Mas, 2009; Sajid, Poor y Diaz, 2010).

Barkley (1997) sugiere que las investigaciones acerca de la hiperactividad e impulsividad como características del trastorno, llevaron a que en 1994 se modificara la clasificación en la nueva versión: el DSM IV, que ya incluye los tres subtipos actuales con listas de síntomas separadas según se presente o no la hiperactividad. Para esa época, aparecieron las dos principales teorías que pretenden explicar el déficit de atención y la hiperactividad, una considera una alteración de las llamadas funciones ejecutivas, la otra enfatiza en los procesos de inhibición y auto-regulación, si bien ambas reconocen la base neurológica y genética del trastorno.

Cómo podemos darnos cuenta, el diagnóstico ha cambiado de nombre en múltiples ocasiones a lo largo de un siglo, a veces resaltando más unas características que otras; no obstante, pareciera que en el trasfondo sigue predominando la vieja idea del daño cerebral, solo que ahora ubicado en la corteza prefrontal, en los neurotransmisores y los genes, sin que hasta la fecha se haya comprobado del todo.

1.3. Los expertos se pronuncian en torno al TDAH.

La declaración de la causa orgánica del trastorno y en consecuencia la medicalización condujeron a un vertiginoso incremento en la cantidad de niños medicados; ante el fenómeno, alrededor de la década de los noventa del siglo pasado, un grupo de profesionales advirtió sobre el peligro de medicar indiscriminadamente a los niños ante cualquier sospecha de TDAH, la polémica en torno al diagnóstico, su etiología y tratamiento se agudizó.

1.3.1. La Conferencia de Consenso de 1998.

En un esfuerzo por resolver la controversia, en 1998, el Instituto Nacional de Salud (National Institutes of Health [NIH]) de los Estados Unidos, convocó a un grupo de expertos, en lo que se conoce como ADHD Consensus Conference. En el panel participaron 13 expertos exponentes y 31 que presentaron diferentes tipos de datos, representando los campos de la psicología, psiquiatría, neurología, pediatría, epidemiología, educación; entre ellos se encontraban algunos de los más conocidos como Barkley, Abikoff, Carey, Conners, Pelham y Swanson. Se obtuvieron entre otras las siguientes conclusiones:

- El TDAH representa un problema de salud mental sumamente costoso. Dicho desorden, al igual que su tratamiento, continúan siendo controversiales, especialmente en lo que se refiere al uso de psicoestimulantes tanto en los tratamientos a corto como a largo plazo.
- Se necesita mayor investigación para afirmar que el TDAH es un desorden cerebral.
- No existe un test para validar el diagnóstico y es necesario continuar investigando con mayor profundidad tanto en las características del trastorno como en los aspectos de comorbilidad.
- Para atender el trastorno se han empleado una gran variedad de tratamientos, entre ellos se incluyen los medicamentos psicotrópicos, el tratamiento psicosocial, el empleo de dietas especiales, homeopatía, biofeedback, meditación, estimulación perceptual, etc. Según diversos estudios, el que ha mostrado mayor efectividad es el tratamiento con medicamentos estimulantes y la intervención psicosocial, aunque presenta mejores resultados el tratamiento farmacológico; sin embargo, no existen estudios a largo plazo que indiquen la efectividad de los tratamientos antes señalados, de tal forma que no hay suficiente información sobre resultados a largo plazo de la medicación en términos

LOS SÍNTOMAS DEL TDAH, SÓLO LA PUNTA DEL ICEBERG

Eva María Esparza Meza

de mejoras educativas u ocupacionales, involucramiento en delitos, o el funcionamiento en el área social.

- No existe consenso de que el TDAH deba ser tratado con psicoestimulantes. Las investigaciones han mostrado que a pesar de que el tratamiento con fármacos mejora algunos síntomas, especialmente la agresividad, se registra poca o nula mejoría en el rendimiento académico o en las habilidades sociales.
- Los psicoestimulantes involucran un riesgo potencial de abuso. Las anfetaminas tienen diversos efectos secundarios que pueden ser leves o graves, como la reducción en el índice de crecimiento, daños en el sistema nervioso central, hipertensión, daño cardiovascular, arritmias cardíacas, movimientos desordenados, conductas compulsivas. El incremento en la disponibilidad de medicamentos estimulantes es un riesgo para la sociedad.
- “Finalmente, después de años de investigación clínica y de experiencias con el TDAH, nuestro conocimiento sobre la causa o causas del TDAH continúan meramente dentro la especulación: Consecuentemente, no contamos con estrategias documentadas para la prevención del TDAH (NIH, Consensus Conference, s/p)”.

Unos cuanto años después, el NIH desconoce estas conclusiones e incluye una leyenda donde se advierte al lector que lo establecido por el consenso solamente tiene valor histórico, ya que el acervo de datos recientes, indica que el material presentado está desactualizado, “lo que es peor simplemente equivocado”; aunque esta última frase había desaparecido en la versión de febrero 2014 <http://consensus.nih.gov/1998/1998AttentionDeficitHyperactivityDisorder110html.htm>).

En la medida en que el DSM IV se impuso en casi todo el mundo, la cantidad de niños diagnosticados con el trastorno se multiplicó vertiginosamente, la utilidad del consenso promovido por el NIH radicó en la explosión de proyectos de

LOS SÍNTOMAS DEL TDAH, SÓLO LA PUNTA DEL ICEBERG

Eva María Esparza Meza

investigación especialmente respecto del tratamiento médico, siendo una de las más conocidas el estudio del tratamiento multimodal para el TDAH (MTA) financiada precisamente por el mencionado instituto; los datos derivados de las investigaciones generaron diversos puntos de vista, de tal forma que años después del consenso de 1998, se realizaron innumerables reuniones en diferentes países para pronunciarse en relación a la pertinencia del diagnóstico.

1.3.2. Consenso Internacional sobre TDAH, 2002.

Tan solo 4 años después del evento antes relatado, en enero del 2002, se reunió un grupo de 74 especialistas (Estados Unidos, Gran Bretaña, Australia e Israel) coordinados por Barkley, para manifestarse en relación a lo que consideraban como información “inexacta” sobre el TDAH, difundida en los medios de comunicación. Se explica que éstos, mañosamente han creado un enfrentamiento entre ciertos profesionales no expertos, que piensan al TDAH como un mito o fraude y la corriente científica que reconoce la existencia del trastorno, cuando no había tal desacuerdo. Entre la comunidad científica perteneciente a distintas agrupaciones profesionales de los Estados Unidos hay un acuerdo absoluto en relación a la existencia del trastorno, derivado de la extensa evidencia científica. Se afirma que el TDAH no es un padecimiento benigno, sino que conlleva deficiencias (demostradas por resultados de estudios científicos) en la inhibición del comportamiento y la capacidad para mantener la atención, que afectan diversas áreas de funcionamiento del individuo perjudicando su calidad de vida.

El TDAH deteriora las relaciones sociales, la actividad escolar, las relaciones familiares y ocupacionales, así como la adaptación social. El panel acepta como únicas causas las neurológicas y genéticas, ya que los estudios en este campo muestran que las deficiencias tienen que ver con el funcionamiento de áreas concretas del cerebro como el lóbulo frontal, los ganglios basales y el área central del cerebelo; se registra también menor actividad eléctrica. Las investigaciones con gemelos señalan una etiología genética, por lo que el ambiente no produce una diferencia significativa, el TDAH no es producto única ni principalmente de los

LOS SÍNTOMAS DEL TDAH, SÓLO LA PUNTA DEL ICEBERG

Eva María Esparza Meza

componentes ambientales. Se establece como tratamiento más adecuado el que combina la medicación con la intervención educativa, familiar y social. Invitan a que los medios de comunicación difundan la información científica sin dar crédito a “críticos sociales” y/o “doctores marginales” (Barkley, 2002, p. 4).

Como puede verse, en tal solo 4 años, las opiniones son casi radicalmente distintas de las expuestas en el consenso de 1998, especialmente en lo que a etiología se refiere. La hegemonía de la vertiente neurológica se había impuesto desacreditando todo disenso. Posterior a estos consensos tuvieron lugar reuniones conformadas en su gran mayoría por psiquiatras y neurólogos, en casi todos los países del mundo, retomando casi a manera de calca, lo expuesto en el consenso internacional (que no era tan internacional) coordinado por Barkley; no obstante a pesar de negar la controversia y desautorizar a los críticos, la polémica no solamente continuó, sino que se intensificó, aunque como señala Rafalovich (2001), el TDAH se convirtió en propiedad exclusiva de la neurología.

1.3.3. La declaración de Baughman: El TDAH es un “Fraude”.

En el 2003, el neurólogo Fred Baughman (The candlelight project), representante del polo disidente, testificó ante el Congreso de los Estados Unidos y declaró en diversos medios de comunicación que el TDAH era un fraude “una creación del cartel psiquiátrico-farmacéutico” (s/p), trastorno creado para favorecer el mercado de los laboratorios farmacéuticos; estafa concebida para medicar, según Baughman, a cerca de 6 millones de personas, principalmente niños. Defendía que el diagnóstico no tiene ningún sustento científico, ya que no se había demostrado la anormalidad neurológica. Sus aseveraciones parten precisamente de las conclusiones emitidas en el consenso de 1998, acusó a los laboratorios productores de medicamentos de financiar tanto investigaciones a modo como la creación del CHADD (programa de atención para niños y adultos con TDAH de los Estados Unidos); consideraba que el Departamento de educación de su país se había rendido ante el poder de los laboratorios, presionando para etiquetar y medicar a los niños. Desde su perspectiva era inadmisible que se diga a los

LOS SÍNTOMAS DEL TDAH, SÓLO LA PUNTA DEL ICEBERG

Eva María Esparza Meza

padres que sus hijos son enfermos y anormales sin haber demostrado objetivamente tal anormalidad; en este sentido, administrar fármacos es una violación a los derechos de los niños y de los padres; expresó que desde la década de los ochenta se ha mentido constantemente a los padres, a los pacientes y al público en general, ya que no existe ninguna prueba de la enfermedad denominada TDAH, sólo se ha estado sistemáticamente etiquetando y medicando a niños normales: “normales, esto es, hasta que comenzaron a ser medicados” (The Candlelight Project. ADHD-Report.com, 2003).

Es evidente que el denominado TDAH, ha estado desde su origen inmerso en la polémica entre su existencia y la ficción, en medio de todo el torbellino han quedado los niños y sus padres, estigmatizados por las etiquetas.

1.3.4. Consenso en México: “El metilfenidato lo mejor”.

Como mencioné antes, se han realizado múltiples consensos en todo el mundo, casi siempre siguiendo el mismo guion de los antes citados; Latinoamérica y México en particular no han sido la excepción. En nuestro país, el primer consenso se llevó a cabo en julio del 2002, organizado por la Academia Mexicana de Pediatría (Ruiz, Garza, Sánchez y Loredó, 2003), donde 31 profesionales: neurólogos, psiquiatras y un pediatra, deliberaron sobre el tratamiento farmacológico del TDAH. Apegados a la información proporcionada por el DSM IV, afirman sin ofrecer datos, que existían aproximadamente 1 500 000 niños con el trastorno; confirman la base genética y la deficiencia en el funcionamiento de los neurotransmisores, dando la impresión de repetir la información proporcionada por los autores norteamericanos. A diferencia de lo estipulado en el consenso representado por Barkley (2002), establecen que la participación de los factores ambientales, concluyendo que la interacción de los aspectos biológicos y ambientales tiene una función determinante en el surgimiento y gravedad del trastorno. Mencionan que es crucial la comunicación con los padres y maestros, así como la evaluación y tratamiento psicopedagógico que responda a las necesidades de cada paciente; recomiendan un tratamiento farmacológico

LOS SÍNTOMAS DEL TDAH, SÓLO LA PUNTA DEL ICEBERG

Eva María Esparza Meza

personalizado, con el fin de resolver o aligerar los síntomas principales. Sugieren usar en primer lugar el metilfenidato, los antidepresivos cuando se presenta comorbilidad con depresión severa, la clonidina y lo que llaman moduladores del humor, que incluye el valproato, cuando además del trastorno coexiste epilepsia. Señalan, como si fuera una verdad absoluta, dado que para la época no existían datos de los beneficios del medicamento a largo plazo, que los medicamentos funcionan para mejorar la atención, la conducta impulsiva y el comportamiento social, toda una panacea proyectada en los medicamentos para sosegar a los niños incómodos. Habrá que agradecerles que recomienden la vigilancia médica periódica para evaluar la eficacia del medicamento, la presencia de efectos adversos y la vigilancia del crecimiento físico.

1.3.5. Primer consenso latinoamericano.

El primer foro latinoamericano sobre el TDAH se realizó en México en junio del 2007 (Barragán, et al) donde participaron 130 profesionales de las neurociencias pertenecientes a 19 países latinoamericanos. Reportan, a partir de la revisión bibliográfica de artículos publicados en los 15 años anteriores, una prevalencia estimada en 5.29%; se requiere un diagnóstico clínico que recabe información del paciente, padres y maestros, las diversas escalas de síntomas son útiles pero no definitivas; el electroencefalograma, los estudios de neuroimagen y pruebas neuropsicológicas no son necesarias. Se ubica la causa en la interacción de factores genéticos y ambientales, donde se incluyen tipos de dieta, aditivos, contaminación por plomo, alcoholismo y tabaquismo de la madre, complicaciones del parto, bajo peso al nacimiento y prematuridad.

Sugieren un tratamiento multimodal, haciendo referencia al estudio MTA, que incluye los aspectos farmacológicos y la terapia conductual, donde el fármaco “constituye la piedra angular del tratamiento” (p. 329). El metilfenidato es el medicamento más eficaz y sin riesgo adictivo en todo el rango de edades, sugieren que los tratamientos a mediano y largo plazo son mejores, ya que producen resultados benéficos en la calidad de vida del paciente. Aunque

LOS SÍNTOMAS DEL TDAH, SÓLO LA PUNTA DEL ICEBERG

Eva María Esparza Meza

recomiendan un tratamiento multimodal, dado que la terapéutica es de largo plazo, se comenta que las condiciones psicosociales de muchos de los pacientes de éstos países hacen poco posible este tipo de tratamientos. En casos graves no descartan el empleo de estimulantes en niños de edad preescolar.

1.3.6. La proliferación de consensos.

Dentro de los consensos celebrados, destaca el realizado en 2007 por un grupo de expertos argentinos: psicología, psiquiatría, neurología, pediatría y psicopedagogía (Bleichmar, et al, 2007); resalta porque sus conclusiones son divergentes a las expuestas, enviándolas al Ministerio de Salud de su país con el fin de que se tomen medidas que impacten directamente en la atención que se ofrece a los pacientes con TDAH. Expresan su desacuerdo ante lo que llaman la patologización de la infancia, diagnósticos reduccionistas de la psicopatología. Se diagnostica con TDAH sin un verdadero rigor científico, solamente a partir de un conjunto de síntomas más bien arbitrarios; diagnóstico emitido con base en cuestionarios aplicados a padres y maestros donde se excluye la subjetividad del niño, para administrar un tratamiento que generalmente es de tipo farmacológico y en el mejor de los casos acompañado de terapia conductual. Las principales recomendaciones que este grupo formuló fueron:

a). El diagnóstico de TDAH requiere de una investigación clínica exhaustiva, no puede limitarse a la aplicación de cuestionarios que no son totalmente válidos. Los padres y maestros no están capacitados para diagnosticar a los niños, están directamente involucrados y no son observadores objetivos; la evaluación debe ser realizada por profesionales expertos que sugieran un tratamiento acorde a las dificultades específicas que se encuentren.

b). No desconocen la importancia de la neurología, pero advierten: “consideramos que en este caso se atribuye a un déficit neurológico no comprobable, problemas muy diferentes” (p.3).

LOS SÍNTOMAS DEL TDAH, SÓLO LA PUNTA DEL ICEBERG

Eva María Esparza Meza

c). La medicación debe ser el último recurso y no el primero, no debe tener la finalidad de apaciguar al niño a deseo del medio circundante. Debe reconocerse que el medicamento tiene efectos secundarios importantes.

d). Los medios de comunicación deben ser más cuidadosos en la información que transmiten, ya que es común que difundan la idea del medicamento como solución inmediata a las dificultades del niño.

Las conclusiones del grupo causaron mucho escozor, al menos en nuestro país, donde de hecho se difundió masivamente el consenso de Barkley de 2002, después de que se diera a conocer el foro argentino. Desde principios de este siglo, se han llevado a cabo infinidad de foros, congresos, etc. la mayoría de ellos apegados a la información y normas impuestas por la APA, en casi todos los países del mundo se generaron las llamadas guías de atención para el TDAH, siendo las más conocidas la de la Academia de Pediatría de Estados Unidos y la NICE de Gran Bretaña, el resto del mundo incluyendo nuestro país, no hacen sino copiar los modelos impuestos por los países desarrollados, de este modo, se ha validado la visión neurológica y se privilegia el tratamiento farmacológico. De alguna forma, se regresó a la vieja hipótesis del daño cerebral, solo que hace un siglo se decía que no podía ser comprobado; en la actualidad tampoco ha sido constatada pero se fundamenta en una supuesta evidencia científica; ¿cómo es que se afirma de la existencia de una causa neurológica y al mismo tiempo se dice que las pruebas de neuro imagen, electroencefalogramas y pruebas psiconeurológicas no son útiles para establecer el diagnóstico? Entonces, si existe un mal funcionamiento neurológico, ¿porqué, en este, el siglo de la tecnología sigue siendo más adecuado el diagnóstico clínico? Son muchas las preguntas que siguen sin respuesta en relación a lo que constituye el TDAH.

CAPÍTULO 2. EL TDAH COMO SE CONCIBE EN LA ACTUALIDAD.

En este capítulo pretendo abordar la situación actual de este diagnóstico supuestamente tan frecuente y controvertido. En primer lugar expondré brevemente como se presenta desde el DSM IV y 5, para después contemplar las diversas posturas en torno a los aspectos más relevantes del trastorno.

El TDAH es quizá uno de los trastornos que más investigaciones ha generado y sobre el que más publicaciones aparecen cada año, tan solo en los Estados Unidos se registran más de 1000 publicaciones científicas al año (Reiff, 2011). Curiosamente, la mayoría de los escritos en relación al tema, comienzan afirmando que estamos frente a uno de los trastornos mentales más frecuentes entre la población escolar, casi todos citando al DSM-IV, lo que hace pensar en aquello de que algo que se repite una y otra vez adquiere el estatuto de verdad. La literatura también nos dice que se trata de un trastorno neurológico y genético y que el tratamiento más eficaz es el farmacológico.

Sin duda alguna, actualmente el diagnóstico de TDAH es dominio exclusivo de la neurología (se evidencia tanto en la definición como en el tipo de investigaciones difundidas), se rechazan otras perspectivas que traten de explicarlo como la psicoanalítica y la psicosocial porque la corriente dominante las cataloga de poco científicas. Rafalovich (2001) explica que esta exclusión se debe en parte a que la neurología percibe la debilidad de los argumentos psicoanalíticos y psicosociales. Debemos considerar que estas posiciones teóricas, especialmente la psicoanalítica han producido una cantidad considerablemente menor de publicaciones específicas sobre el tema; si bien, como explica Eresund (2007) en la práctica se realiza mucho trabajo, pero los terapeutas tienen poco tiempo disponible para llevar a cabo investigaciones y escribir sobre sus resultados; amén de que en las revistas científicas se privilegian los estudios experimentales.

No obstante, como señala la APA (2002), el origen de la clasificación imperante se remonta a la necesidad de obtener información estadística, de facilitar y uniformar

LOS SÍNTOMAS DEL TDAH, SÓLO LA PUNTA DEL ICEBERG

Eva María Esparza Meza

criterios entre los profesionales de la salud, razón que nos obliga a utilizar dichos criterios si queremos abordar el objeto de estudio denominado TDAH.

2.1. Formulación del diagnóstico de TDAH desde el DSM-IV y 5.

La Asociación Americana de Psiquiatría (APA) (2002), en el Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM IV), señala que un trastorno mental remite a un síndrome o patrón comportamental de significación clínica que tiene que ver con una molestia o dolor que se sufre, una discapacidad o deterioro, riesgo de muerte, disminución en la capacidad para decidir. De esta forma, el TDAH se trata de un síndrome que en dicho manual se ubica dentro de la sección: Trastornos de inicio en la infancia, la niñez o la adolescencia, en la categoría: “Trastornos por déficit de atención y comportamiento perturbador”; en tanto que para la reciente versión, DSM 5 (APA, 2013), el síndrome se encuentra dentro del grupo de “Trastornos del desarrollo neurológico”.

Para definir y describir los Trastornos de inicio en la infancia, la niñez o la adolescencia, donde como ya mencioné aparece el TDAH, se formó un grupo de trabajo integrado por 16 especialistas, 13 psiquiatras y solamente 3 psicólogos, puede verse pues un predominio de la visión psiquiátrica. En contraste, para el DSM-5 se constituyó un equipo de trabajo especial para el TDAH que incluyó a 10 profesionales de la psiquiatría y psicología conductual. En ambas versiones se define al trastorno (ver capítulo 1), desde la triada sintomática que incluye la dificultad para mantener la atención (desatención), hiperactividad e impulsividad que afectan el desarrollo y funcionamiento del individuo que lo padece.

LOS SÍNTOMAS DEL TDAH, SÓLO LA PUNTA DEL ICEBERG

Eva María Esparza Meza

2.2. Criterios diagnósticos.

El DSM IV y 5 establecen 18 criterios para diagnosticar el trastorno:

A1. Seis o más de los siguientes síntomas de falta de atención han persistido al menos durante seis meses con una intensidad que impide la adaptación y no es acorde con el nivel de maduración y desarrollo.

Desatención

- (a) A menudo no presta atención suficiente a los detalles o incurre en errores por descuido en las tareas o en actividades.
- (b) A menudo tiene dificultades para mantener la atención en tareas o en actividades lúdicas.
- (c) A menudo parece no escuchar cuando se le habla directamente.
- (d) A menudo no sigue instrucciones y no finaliza tareas escolares, u obligaciones (no se debe a comportamiento negativista o a incapacidad para comprender instrucciones).
- (e) A menudo tiene dificultades para organizar tareas y actividades.
- (f) A menudo evita, le disgusta o es renuente en cuanto a dedicarse a tareas que requieren un esfuerzo mental sostenido (como trabajos escolares o domésticos).
- (g) A menudo extravía objetos necesarios para tareas o actividades (p. ej. juguetes, ejercicios escolares, lápices, libros,...).
- (h) A menudo se distrae fácilmente por estímulos irrelevantes.
- (i) A menudo es descuidado (olvidadizo) en las actividades diarias.

A2. Seis o más de los siguientes síntomas de hiperactividad e impulsividad han persistido al menos durante seis meses con una intensidad que impide la adaptación y que no es acorde con el nivel de maduración y desarrollo.

Hiperactividad

- (a) A menudo mueve en exceso manos o pies, o se remueve en su asiento.
- (b) A menudo abandona su asiento en la clase o en otras situaciones en que se espera que permanezca sentado.
- (c) A menudo corre, salta o trepa excesivamente en situaciones inapropiadas (en adolescentes o adultos puede limitarse a sentimientos subjetivos de inquietud).
- (d) A menudo tiene dificultades para jugar o dedicarse tranquilamente a actividades de ocio.
- (e) A menudo “está en marcha” o suele actuar como si tuviera un motor.
- (f) A menudo habla en exceso (En la CIE10 incluido en impulsividad).

Impulsividad

- (g) A menudo precipita respuestas antes de haber sido completadas las preguntas.
- (h) A menudo tiene dificultades para guardar turno.

LOS SÍNTOMAS DEL TDAH, SÓLO LA PUNTA DEL ICEBERG

Eva María Esparza Meza

(i) A menudo interrumpe o se inmiscuye en las actividades de otros (p. ej. se entromete en conversaciones o juegos).

B. Algunos síntomas de hiperactividad–impulsividad o desatención que causaban alteraciones estaban presentes antes de los 7 años de edad (en el DSM-5: antes de los 12 años de edad).

C. Algunas alteraciones provocadas por los síntomas se presentan en dos o más ambientes (p. ej., en la escuela [o en el trabajo] y en casa).

D. Deben existir pruebas claras de un deterioro clínicamente significativo de la actividad social, académica o laboral.

E. Los síntomas no aparecen exclusivamente en el transcurso de un trastorno generalizado del desarrollo, esquizofrenia u otro trastorno psicótico, y no se explican mejor por la presencia de otro trastorno mental (p. ej., trastorno del estado de ánimo, trastorno de ansiedad, trastorno disociativo o un trastorno de la personalidad).

Tomado del DSM-IV (Asociación Americana de Psiquiatría (APA), 2002, P.p. 105, 106),

Para formular el diagnóstico es necesario especificar el subtipo:

- ✓ Tipo combinado: cuando se presentan criterios suficientes tanto en la categoría A1 como A2 por al menos durante los 6 meses.
- ✓ Tipo con predominio inatento: si se cumplen con los criterios A1, pero no con el A2, durante los últimos 6 meses.
- ✓ Tipo con predominio hiperactivo-impulsivo: se satisfacen los criterios A2, pero no los de A1, durante 6 meses.

Así mismo, es necesario indicar el grado de severidad:

- ❖ **Leve**: Cuando existen solo algunos o ningún síntoma excede los criterios para establecer el diagnóstico, la afectación del funcionamiento es mínima.
- ❖ **Moderada**: Los síntomas y el deterioro se ubican dentro del rango de leve y severo.
- ❖ **Severa o grave**: se rebasa el número de síntomas necesarios para determinar el diagnóstico o, algunos síntomas son especialmente graves; se produce un considerable deterioro o afectación en el funcionamiento.

De ser necesario se señala el grado de remisión: parcial, completa o recurrencia.

LOS SÍNTOMAS DEL TDAH, SÓLO LA PUNTA DEL ICEBERG

Eva María Esparza Meza

Me parece pertinente comentar que precediendo a cada uno de los síntomas, se encuentra el adverbio “a menudo” (often, en inglés) para referirse a la frecuencia; no obstante, esta consideración es bastante subjetiva, la estimación sobre la periodicidad se deja a presunción de los adultos, padres y/o maestros, quienes por supuesto emitirán su juicio dependiendo de una gran diversidad de factores, entre los que se pueden mencionar la tolerancia, edad, estado emocional y de salud, condiciones económicas, etc. El diagnóstico del niño queda pues a expensas de cómo lo conciba el adulto.

2.3. Datos epidemiológicos: edad de inicio, curso, prevalencia.

2.3.1. Edad de inicio.

El DSM – IV (APA, 2002) establece que el problema puede presentarse antes de los 7 años; la quinta edición (APA, 2013), en cambio, refiere que los síntomas pueden haber aparecido antes de los 12 años; como quiera que sea, se enfatiza en que se trata de un trastorno de inicio en la infancia, aunque muchos padres y maestros reportan la excesiva actividad motriz desde los años de preescolar, se aclara que es difícil precisar el diagnóstico a esa edad por la dificultad que entraña diferenciar los comportamientos normales de aquellos que son excesivos. Yo agregaría que la etapa preescolar se caracteriza por la importancia que la motricidad juega como organizador del desarrollo del niño.

2.3.2. Curso.

Suele diagnosticarse por primera vez durante los años de enseñanza primaria, el trastorno:

Se mantiene relativamente estable a lo largo de los primeros años de la adolescencia. En muchos sujetos, los síntomas se atenúan a medida que avanza la adolescencia y durante la vida adulta, aunque una minoría experimenta el cuadro sintomático completo del trastorno por déficit de atención con hiperactividad en plena edad

adulto. Otros adultos pueden mantener sólo algunos de los síntomas... (APA, 2002, p.103).

2.3.3. Prevalencia y género.

Se refiere una prevalencia de 3 a 5% entre población infantil, aunque la edición 5 (APA, 2013) la ubica en 5% en el caso de niños y 2.5 % para población adulta. El TDAH, por razones desconocidas, es más común en varones que en niñas, en una proporción variable que va de 4:1 a 9:1.

2.4. Síntomas asociados, comorbilidad, etiología y diagnóstico.

2.4.1. Síntomas asociados.

Dependiendo de la edad y la evolución, es común que se manifieste “baja tolerancia a la frustración, arrebatos emocionales, autoritarismo, testarudez, insistencia excesiva y frecuente en que se satisfagan sus peticiones, labilidad emocional, desmoralización, disforia, rechazo por parte de compañeros y baja autoestima” (APA, 2002, p. 100). El rendimiento académico suele verse afectado por la sintomatología, lo que genera problemas en el ámbito familiar y escolar. La incapacidad para mantener la atención, es con frecuencia incorrectamente interpretada por los adultos como pereza, irresponsabilidad u oposicionismo. Los conflictos familiares son habituales, las relaciones padres-niño generalmente son de tipo negativo.

2.4.2. Comorbilidad.

Se señala que (APA, 2002) existe una alta *comorbilidad*, aproximadamente la mitad de los niños diagnosticados también presentan un trastorno negativista desafiante o un trastorno disocial. Otros trastornos concurrentes son del estado de ánimo, de ansiedad, aprendizaje y de la comunicación.

2.4.3. Factores de riesgo y etiología.

En relación a los *factores de riesgo*, que no determinantes, se asienta: “Puede existir historia de maltrato o abandono infantil, acogidas familiares múltiples, exposición a neurotoxinas, infecciones, exposición a fármacos in útero o retraso mental” (APA, 2002, p. 101).

El DSM IV (APA, 2002) todavía es cauteloso respecto de la *etiología*, se limita a señalar que es un trastorno frecuente entre los familiares biológicos en primer grado, lo que implica de alguna forma, la influencia genética. En contraste, la nueva versión asegura que es un trastorno del neurodesarrollo, en donde la herencia tiene un papel fundamental; si bien se han relacionado a algunos genes con el TDAH no son factores causales suficientes; aunque también menciona “es poco probable que los patrones de interacción paterna en la temprana infancia causen TDAH, pero pueden influir en la evolución o contribuyen secundariamente al desarrollo de problemas de conducta” (APA, 2013, p.62). Es claro que para la visión de la APA se trata de un problema de origen básicamente neurológico.

2.4.4. Diagnóstico.

El DSM IV especifica: “en la evaluación clínica del trastorno por déficit de atención con hiperactividad no se han establecido pruebas de laboratorio, evaluaciones neurológicas o evaluaciones de la atención que resulten diagnósticas” (APA, 2002, p.101). Por su parte, la nueva versión señala que no existen marcadores biológicos para establecer el diagnóstico, en los estudios comparativos con otros niños de la misma edad, los supuestos niños con TDAH:

Manifiestan un incremento en las ondas lentas del electroencefalograma, un volumen cerebral reducido en las imágenes de resonancia magnética, y posiblemente un retraso en la maduración cortical posterior a anterior, pero estos hallazgos no son diagnósticos. En los poco comunes casos donde se conoce la causa genética (p.ej., síndrome de fragilidad X, síndrome 22q11), la

presencia de TDAH debe de todas formas ser diagnosticada” (APA, 2013 p.61).

Para ambas clasificaciones es necesario realizar un diagnóstico diferencial preciso, se especifica que:

Durante la primera infancia puede ser difícil distinguir los síntomas del trastorno por déficit de atención con hiperactividad de ciertos comportamientos propios de la edad en niños activos (p.ej., corretear sin cesar o actuar ruidosamente). La falta de atención también puede ocurrir en ambientes educativos poco estimulantes (APA, 2002, p. 103).

Es importante también establecer una diferenciación con otros trastornos asociados.

2.5. La literatura y la epidemiología del TDAH.

En relación a estos aspectos del TDAH, como mencioné antes, existe una gran cantidad de publicaciones de todo tipo que versan sobre el trastorno que nos ocupa, la mayoría de las que consulté para este trabajo repiten de una u otra forma los datos ofrecidos por la APA o bien la bibliografía de los autores más relevantes, entre los que se pueden mencionar a Barkley, Conner, Brown, entre otros. De esta forma y sin mediar reflexión alguna, por lo menos desde el año 2000 y hasta el presente, se menciona en casi todas las publicaciones, sin distinción de marco teórico o nacionalidad, que se trata del *trastorno neuroconductual infantil más frecuente a nivel mundial* (Amador, Forn, y Martorell, 2001; Antshel, Macias y Barkley, 2009; Barragán et al, 2007; Bogdana y Doina, 2012; Peña, Palacio y Barragán, 2010; Eisenberg, 2007; Foley, 2011; Furman, 2005; Leuzinger, 2010; Reiff, 2011; Sciberras et al, 2013; Serrano, Guidi y Alda, 2013; Soutullo, 2003), asunto que, desde mi punto de vista debiera ser cuestionado e indagado, con la finalidad de verificar si realmente estamos frente al trastorno más común entre la población infantil, o como sugieren Lasa (2001) y Bleichmar et al (2007) lo que tenemos ante nosotros es la patologización del

comportamiento del niño, aspecto alarmante que podría tener consecuencias muy graves en el futuro.

2.5.1. Sobre la prevalencia del trastorno.

Menéndez en el 2001 señaló: “existe un auténtico baile de cifras” (p. 100), circunstancia que permanece hasta la actualidad. Desde la época en que la APA denominó al trastorno como reacción hiperkinética de la infancia, Eisenberg (1972) refiere una distribución aproximada del 5% de la población escolar; si bien, este mismo autor (Eisenberg, 2007) comenta que los indicadores de prevalencia solamente se conocen a partir de que el trastorno recibió su nomenclatura oficial. Ya en fechas recientes, Antshel, Macias y Barkley (2009); Eisenberg (2007) consideran que la prevalencia en los Estados Unidos se ha incrementado, ya que de la estimación del DSM IV (APA, 2002) del 3 al 5%, actualmente se calcula que es del 7 al 8% en población infantil de 4 a 17 años, aumento que se refiere especialmente al incremento en los casos de tipo inatento. Aunque como mencioné antes, algunos autores (Foley, 2011; Hodgkins, Shaw, McCarthy y Sallee, 2012; Mc Keown, Hisle-Gorman, Eide, Gorman and Nylund, 2013; Reiff, 2011) hablan de cifras de entre 5 y 12%. Para Stolzer (2007) la situación de los niños diagnosticados cobra tintes dramáticos, ya que de ser una entidad desconocida en la década de los setenta del siglo XX, pasó a ser un trastorno común en los últimos años; en 1970 se conocían 2000 casos, para 2006 la cantidad pasó a ser de entre 8 y 10 millones de niños norteamericanos. Según Leuzinger (2010), existen en todo el mundo más de 10 millones de niños diagnosticados con el trastorno, aunque si se revisan los datos de diversos autores, esta cifra es mucho mayor. Sin entrar en detalles precisos de cantidades por país, baste mencionar que diferentes países del mundo reportan tasa que van de 1%, como en Australia, 8.1% en Turquía, Hong Kong 9%, hasta incluso 20% en Colombia (Amador, 2001; Leuzinger, 2010; Salomonsson, 2011; Simšek, Gökçen y Fettahoglu, 2012; Soutullo, 2003; Yáñez et al, 2012; Zuluaga y Vasco, 2009).

LOS SÍNTOMAS DEL TDAH, SÓLO LA PUNTA DEL ICEBERG

Eva María Esparza Meza

Por su parte, Young, Fitzgerald y Postma (2013), manifiestan que en Europa, 1 de cada 20 niños y adolescentes padece el trastorno. En este sentido, el grupo NICE refiere que en 30 años el número de niños diagnosticados con TDAH tanto en Reino Unido como en Estados Unidos se ha incrementado estrepitosamente, en Inglaterra la cifra pasó de 0.5/1000 a 3/1000, en tanto que en Norteamérica de 12/1000 aumentó a 35/1000 (Singh, et al., 2010).

En nuestro país la situación no es distinta, incluso parecería que se emiten cifras con mucha facilidad, cobijados bajo los datos de la literatura extranjera, así, por ejemplo en las conclusiones del primer consenso en México (Ruiz, et al., 2003) se expuso una cifra de entre 4 y 15% de población escolar afectada por el TDAH. Posteriormente Reséndiz et al. (2005) eluden emitir datos nacionales, indican que la prevalencia mundial es del 3 al 7%, comentan que se trata de cifras conservadoras, pues el índice podría ser muy superior ya que muchos niños que presentan el trastorno no están diagnosticados. En 2007, año del primer consenso latinoamericano, se refiere el mismo índice de prevalencia mundial, pero se especifica que existen aproximadamente 36 millones de personas en Latinoamérica que padecen el trastorno. Joffre, García y Martínez (2007), señalan una prevalencia del 26.8% entre la población infantil (incluyendo un 19.4% de preescolares) asistida en un hospital psiquiátrico de Tamaulipas, cifras verdaderamente alarmantes, que hacen dudar de un diagnóstico riguroso. En un trabajo de 2009, Palacio, Peña, Palacios y Ortiz citan un artículo norteamericano sobre prevalencia, así que señalan un índice de 5,29%; ya para el 2010, en la Guía clínica para el TDAH (Vásquez, Cárdenas, Fera, Benjet, Palacios y Peña), la cantidad había variado significativamente, aseguran que la prevalencia mundial tiene un rango del 8 al 12% de la población infantil y adolescente.

Ante tal divergencia de cifras, Zabarenko (2011) menciona que Palumbo después de realizar una exhaustiva indagación, concluyó que no existen datos verídicos sobre la tasa de prevalencia en cualquiera de los grupos etarios, tampoco existen datos confiables acerca de los índices por sexo. En este sentido, Kean (2005)

LOS SÍNTOMAS DEL TDAH, SÓLO LA PUNTA DEL ICEBERG

Eva María Esparza Meza

considera que por mucho tiempo el fenómeno del TDAH estuvo restringido a países como Estados Unidos y Canadá, en el resto del mundo su presencia era baja hasta 1980, cuando apareció la clasificación internacional de trastornos mentales, desde entonces el fenómeno se extendió notablemente por todo el mundo. Mas (2009) coincide con Kean en que a partir de que el fenómeno se inscribió en la categoría de desorden mental, el incremento en el diagnóstico se dio de manera exponencial, encuentra que el principal problema es la falta de precisión, lo que ha provocado que el número de niños “presuntamente afectados... ha llegado a ser indiscriminado y masivo” (p.249), de tal forma que incluso se reportan tasas de hasta el 33%.

Antshel, Macías y Barkley (2009) explican que la prevalencia depende de diversos factores como edad, género, tipo de familia, grupo étnico y nivel socioeconómico, aunque según estimaciones es similar en todo el mundo. En cambio para otros autores, el cálculo de prevalencia depende de los criterios y procedimientos diagnósticos, los mecanismos de detección que se empleen, así como las características y género de las muestras; si se adoptan las normas del DSM IV la cifra se encuentra entre el 3 y 7%; en tanto que si se utiliza la CIE 10, se reduce a tan solo 1.5% (Jara, 2009; Menéndez, 2001; Müller, et al., 2011). Como puede verse, la variabilidad de las cifras no ayuda a la veracidad del diagnóstico, incluso más bien abona a favor de la incertidumbre, de ahí que la afirmación de que se trata del trastorno más común en la infancia parece más bien cuestionable; tendríamos que preguntarnos por qué la sociedad necesita que tantos niños sean diagnosticados con este trastorno.

2.5.2. Sobre la proporción niños-niñas.

En este rubro la situación no es mejor, la literatura establece que se trata de un diagnóstico más frecuente en varones que en niñas en una proporción de aproximadamente 2:1 (APA, 2013). De nueva cuenta la mayoría de los datos hacen referencia a la población estadounidense, Furman (2005) menciona que el TDAH es una condición que se presenta en el 10% de los niños y en el 4% en el

LOS SÍNTOMAS DEL TDAH, SÓLO LA PUNTA DEL ICEBERG

Eva María Esparza Meza

caso de las niñas de ese país. Datos similares se presentan en casi todo el mundo, Rydell (2010) reporta que de una muestra de 1200 niños suecos el 50 % eran varones. Young, Fitzgerald y Postma (2013) informan que en la Unión Europea la proporción varía de 1:3 a 1:16. Por su parte, Antshel, Macias y Barkley (2009) refieren que existe un “acuerdo universal” sobre la proporción niños-niñas, con un promedio de 3:1, aunque puede alcanzar el rango de 5:1 a 9:1 en muestras clínicas; aclaran que se desconocen las razones de tal distinción y que puede deberse a factores neurológicos y genéticos que colocan a los niños en mayor riesgo que a las niñas, también puede explicarse debido a que los niños presentan síntomas más llamativos como agresión y problemas de conducta. Estos autores se toman demasiada licencia al afirmar la universalidad del fenómeno, cuando son voces que han impuesto el discurso de la base neurológica.

En la mayoría de los trabajos, incluyendo los de nuestro país, se limitan a repetir que es más frecuente en niños que en niñas, especialmente el subtipo combinado o hiperactivo; en niñas es más común el subtipo inatento; lo mismo puede decirse de los datos por grupo etario, en donde a menor edad hay un predominio del subtipo hiperactivo-impulsivo; en la edad escolar prevalece el combinado y conforme aumenta el rango de edad el desatento, aunque si se comparan los datos del DSM IV (APA, 2002) con los de la reciente edición del manual (APA, 2013), se puede observar que la proporción por género ha disminuido, de lo que se puede inferir que en la actualidad las niñas también son diagnosticadas con el subtipo combinado. Zuluaga y Vasco (2009) consideran que la predominancia de determinado subtipo se relaciona con la edad; en tanto que para Seitler (2011), las diferencias de género posiblemente se relacionen con la manera en que culturalmente se permite expresar cierta clase de sentimientos y conductas a niñas y niños. Exceptuando esta consideración, en general no se ofrecen explicaciones ni existe suficiente investigación al respecto, por lo que nuevamente nos encontramos ante datos nebulosos que requieren de ser indagados y aclarados (Mahon, Woodruff, Horn, Marjerrison and Cole, 2012; Reséndiz et al, 2005; Vásquez, et al, 2010).

2.5.3. Sobre el curso y pronóstico.

En cuanto a estos tópicos, se presentan condiciones similares, ya que una y otra vez se repite la información, en la actualidad se establece como un trastorno crónico, de inicio anterior a los 16 años, en tiempos pasados se hablaba de un trastorno benigno que se limitaba a población infantil; hoy se afirma (Antshel, Macías and Barkley, 2009) que el inicio temprano está asociado a mayores riesgos de fracaso escolar y que entre el 60 y 89% de los casos, el TDAH persiste completa o parcialmente en la adolescencia e incluso en la adultez, aunque ciertos síntomas se atenúan conforme transcurre el tiempo, los impedimentos asociados al trastorno continúan. Por otra parte, dependiendo de numerosos factores, *el pronóstico* tiende a ser negativo, ya que los casos persistentes tienen mayor riesgo de sufrir otros trastornos posteriores a la adolescencia, como pueden ser el fracaso académico: reprobación, expulsión, suspensiones o deserción escolar; involucrarse en delincuencia, abuso de sustancias y trastornos de personalidad; los riesgos también incluyen propensión a accidentes de tránsito, sexuales y de trabajo (Peña, Palacio y Barragán, 2010; Hodgkins, Shaw, McCarthy and Sallee, 2012; Müller et al, 2011; Reiff, 2011; Sciberras et al, 2013; Soutullo, 2003; Vásquez, et al, 2010; Young, Fitzgerald, and Postma, 2013; Zivkovic, Zivanovic, Zivkovic, Milojkovic and Djordjevic, 2012; Zuluaga y Vasco, 2009).

Barkley (2009) y Antshel, Macías y Barkley (2009) aclaran que el inicio establecido de 7 años fue simplemente arbitrario y ha recibido numerosas objeciones, no tiene sustento empírico excepto porque muchos adultos recuerdan que comenzó aproximadamente a esa edad, posiblemente porque es la edad escolar cuando comienza a ser un trastorno perturbador; los padres suelen comentar que observaron síntomas antes de los 6 años, aunque afirman que las personas no son tan precisas al recordar la edad de inicio. Debido a las imprecisiones, se sugirió para la nueva versión del DSM se especificara, de manera general, que el trastorno comúnmente aparece durante la infancia.

Como puede observarse, los datos de *prevalencia, género, inicio, curso y pronóstico* han variado sustancialmente con los años e incluso del DSM IV al 5; los autores antes citados argumentan que los cambios obedecen a los resultados de las investigaciones; no obstante, los datos arrojados por los estudios presentan una gran inconsistencia dando la impresión que se establece como dogma algo que no es claro, impera la opinión de que si el niño no es tratado corre el riesgo de abusar de sustancias o convertirse en un fracasado o delincuente.

2.5.4. Sobre el impacto y costo del TDAH.

Otro aspecto al que frecuentemente se alude se refiere al *impacto y costo social del padecimiento*, aseverándose que dada la prevalencia y repercusión del trastorno en las diferentes esferas de vida del individuo, el costo social del trastorno es muy elevado, aunque se incrementa cuando no se trata, debido a las consecuencias; por otra parte, se considera que el gasto médico generado es de más del doble del que se destina a los niños sin el trastorno (Cione, Coleburn, Fertuck and Fraenkel, 2011; Escobar, et al., 2005; Soutullo, 2003).

Young, Fitzgerald y Postma (2013) concluyen, después de revisar diversos estudios, que el TDAH es un trastorno sumamente oneroso, debido a la atención que debe proporcionarse al paciente y sus familiares; los costos tienen que ver tanto con los servicios de salud como educativos. Estos autores señalan que en los Estados Unidos se ha calculado un costo anual por paciente de entre 621 dólares y 2720 en el rubro salud, en tanto que en el ámbito educativo se estima entre 2222 dólares y 4690; la atención familiar se calculó entre 1088 y 1658 dólares. Al parecer estos costos son similares en la Unión Europea.

En Latinoamérica no existen datos al respecto, en la declaración de Cartagena (Peña, Palacio y Barragán, 2010) solamente se destaca que si bien los riesgos e impacto social son altos, los costos se reducen mediante un diagnóstico y tratamiento oportunos, aunque se informa que solamente un cuarto de las personas que sufren el trastorno son atendidos bajo alguna modalidad de

LOS SÍNTOMAS DEL TDAH, SÓLO LA PUNTA DEL ICEBERG

Eva María Esparza Meza

tratamiento, lo que conlleva un serio problema por las complicaciones implicadas. Como puede verse, los costos se relacionan por un lado con la desmesurada expansión del diagnóstico y por el otro con la calidad de los servicios proporcionados, ya Eisenberg (2007) había mencionado que los padres, aceptaron la etiqueta de TDAH básicamente por el acceso a servicios proporcionados por el estado; sin embargo, en nuestro país las instituciones gubernamentales de salud se encuentran saturadas, de tal forma que la atención que se ofrece es esporádica y limitada.

La revisión de los datos epidemiológicos, me permite coincidir con Rafalovich (2001) en el sentido de que el argumento neurológico contemporáneo sobre el trastorno tiene los derechos exclusivos sobre la descripción epidemiológica del TDAH. El autor sugiere que incluso la forma en que se presentan y difunden los datos tiende a servir a intereses ideológicos, agregaría que también a los económicos. La mayoría de los datos epidemiológicos provienen principalmente de los Estados Unidos y secundariamente de Europa, tristemente el resto de los países, a falta de investigación, se dedica a reproducir el discurso hegemónico, aunque en ocasiones incluso van más allá de las clasificaciones internacionales presentando datos verdaderamente sorprendentes y hasta indignantes; de esta forma, Palacio, Ruiz et al. (2009) proponen un algoritmo de tratamiento para preescolares latinoamericanos con TDAH, refiriendo que se estima un índice de entre 2 y 8% de población preescolar con el trastorno, plantean un tratamiento con intervención psicosocial y farmacológico; resulta verdaderamente inaudito el grado de patologización de la infancia, no por que no existan problemas psicológicos en este rango de edad, sino porque en lugar de plantear estrategias de prevención, se piensa primero en colocar etiquetas psiquiátricas a conductas que corresponden al nivel evolutivo de los niños. Por otra parte, si consideramos sus cifras, resulta que en el grupo etario de los preescolares es donde ocurre la prevalencia más alta, lo que hace pensar en un desconocimiento del desarrollo infantil, en intolerancia o incluso en aquiescencia a intereses ajenos a la salud mental de los infantes.

2.6. Acerca de los síntomas asociados y comorbilidad.

En este apartado, al igual que los anteriores, la bibliografía sobre el trastorno que nos ocupa, presenta puntos de vista contrastantes, la postura neurológica toma como únicos verdaderos los datos asentados en la clasificación diagnóstica; en tanto que otros autores manifiestan puntos de vista más críticos, especialmente los que dudan de la etiología biológica.

2.6.1. Sobre los síntomas asociados.

Es necesario diferenciar entre síntomas asociados y comorbilidad, ya que aquellos se refieren más bien a los conflictos emocionales y de interacción que se han observado en los niños que reciben el diagnóstico de TDAH; poco se ha investigado al respecto y en general se afirma lo que está establecido en las clasificaciones diagnósticas. En este sentido, de los niños con el trastorno se dice que son egocéntricos, inestables emocionalmente que pasan rápidamente del enojo y molestia a la alegría, para incluso hacerse los payasos, son demandantes, egoístas, rebeldes, con poca capacidad reflexiva sobre las consecuencias de su comportamiento, poco empáticos, manifiestan una tendencia a percibirse a sí mismos como más competentes de lo que en realidad son; su hostilidad y agresividad conduce a relaciones conflictivas con los otros, es posible que esta hostilidad sea uno de los factores que contribuye a que una gran mayoría de estos niños no tenga amigos (Antshel, Macías y Barkley, 2009; Cione et al., 2011).

Young, Fitzgerald y Postma (2013) coinciden en que el TDAH afecta seriamente los aspectos emocional y social del niño; a partir de una investigación realizada por estos autores en 6 países europeos (Francia, Alemania, Italia, Holanda, España y Reino Unido) para indagar sobre el impacto en la vida de los niños y las áreas afectadas por el TDAH; para lo cual emplearon cuestionarios, a través de internet, contando con una muestra de 535 padres de niños con el trastorno y 424 sin TDAH; encontraron que padres y cuidadores de niños con TDAH consideran que el trastorno ha tenido un impacto negativo en la autoestima de sus hijos y que

LOS SÍNTOMAS DEL TDAH, SÓLO LA PUNTA DEL ICEBERG

Eva María Esparza Meza

tendrían mejores resultados escolares si no lo tuvieran, tienen mala relación tanto con los hermanos como con los padres, se sienten frustrados y son agresivos; sin embargo, es pertinente mencionar que sus datos se refieren a la concepción que los padres tienen sobre los niños, el estudio no tomó en cuenta la opinión de éstos, que son los principales afectados.

En contraste, Kean (2005) afirma que la influencia del modelo médico ha influido en la forma de concebir el diagnóstico, ya que los problemas emocionales o de interacción del niño no son vistos como antecedentes sino como producto del trastorno, de tal manera que el niño tiene problemas porque tiene TDAH y no a la inversa. Por su parte, Cambell y Figueroa (2000), Escardíbul, Mabres, Martínez, Montaner y Segú (2012) consideran que muchos de los problemas emocionales asociados como la frustración, negación y decremento en la autoestima parecen más bien deberse a la estigmatización que suele ocurrir en el ámbito escolar, lo que también propicia el rechazo de los compañeros.

En este contexto, Esparza y González (2010) encontraron que los niños con el trastorno suelen manifestar más conflictos en el área emocional, que los niños sin el trastorno, especialmente en lo que concierne al concepto de sí mismo, control de impulsos, aceptación de compañeros, dificultades en la investidura parental temprana, carencia de apoyo familiar y conflictos con la figura paterna; no obstante, es complicado discernir si la existencia de problemas emocionales es antecedente de la sintomatología o aparecieron como resultado del TDAH, aunque es posible que muchos de los conflictos identificados existían desde que el niño vino al mundo; en tanto que otros, posiblemente ya existentes, se acentuaron como parte de las implicaciones del trastorno; de ahí la necesidad de realizar investigaciones más extensas que permitan identificar y explicar el sustrato que interviene en la emergencia de la sintomatología del llamado TDAH. Es probable que muchos de los síntomas que se consideran como asociados al trastorno más bien se encuentren en su origen, en tanto que otros surjan derivados del mismo.

2.6.2. Sobre la comorbilidad.

El TDAH registra una alta comorbilidad, aspecto que se menciona repetidamente en la bibliografía, siendo los trastorno desafiante negativista, el disocial, depresión, ansiedad y aprendizaje con los que más frecuentemente va acompañado; esta situación dificulta tanto el diagnóstico diferencial como el tratamiento y la recuperación (Barragán et al, 2007; Furman, 2005; Reiff, 2011; Vásquez, et al, 2010). Serrano, Guidi y Alda (2013) señalan que a mayor comorbilidad mayor deterioro del funcionamiento social, emocional y psicológico, aspecto muy importante si se considera que el 87% de los niños con el trastorno presentan al menos una comorbilidad. Aunque, como ocurre con los datos de prevalencia, las cifras son muy variables, algunos refieren solamente una tasa de entre el 18 y el 35% de los casos (Reséndiz et al, 2005); otros mencionan que aproximadamente la mitad de los niños con el diagnóstico presentan de 1 a 3 comorbilidades (Foley, 2010; Müller, et al, 2011; Young, Fitzgerald y Postma, 2013).

Furman (2005), Antshel, Macías y Barkley (2009) detallan con mayor claridad el tipo de comorbilidades: el 90% de los casos cursa también con problemas escolares como bajo rendimiento, reprobación o suspensión; del 12 al 70% presenta trastornos de aprendizaje; el 60% de lenguaje; del 35 al 65% padece al mismo tiempo el trastorno desafiante negativista y problemas de conducta; del 18 al 60% depresión; del 25 al 34% trastornos de ansiedad.

Para otros autores (Amador, Forn y Martorell, 2001; Mas, 2009; Seitler, 2011) es, precisamente la alta morbilidad lo que resta especificidad al diagnóstico, ya que el TDAH sin comorbilidad es más bien raro, lo que en conjunto con la variabilidad en la prevalencia, le imprime su falta de consistencia y validez. Factores que han influido en el abuso del diagnóstico; para Escardíbul et al (2012) la gran comorbilidad descrita implica un reduccionismo del trastorno.

Según Lasa y Moya (2012), la veracidad del trastorno queda en entredicho, cuando se consideran la comorbilidad y prevalencia contrastando las normas del

LOS SÍNTOMAS DEL TDAH, SÓLO LA PUNTA DEL ICEBERG

Eva María Esparza Meza

DSM-IV y CIE-10; los criterios de la CIE-10 son más estrictos, al no admitir comorbilidad, la prevalencia es menor, aspectos que por supuesto influyen en el abordaje y tratamiento de la cuestión.

2.7. Sobre la etiología.

Uno de los aspectos del trastorno más polémicos es el de la etiología, cautelosamente planteada en el DSM IV (APA, 2002), categórica en la versión 5 (APA, 1013), se esgrime la fundamentación neurológica y genética. En 1998, el consenso (ver capítulo 1) convocado por el NIH de Estados Unidos, dictaminó que no existía información suficiente para establecer que se trataba de un desorden de tipo neurológico. Sin embargo, el modelo médico encabezado por Barkley, en 2002 (tan solo 4 años después), decreta que el TDAH es un desorden legítimo y que existe evidencia científica irrefutable, de que las personas que lo padecen presentan deficiencias centrales en varias regiones del cerebro: lóbulo frontal, ganglios basales y áreas centrales del cerebelo. Según el panel dirigido por este autor, los resultados de investigaciones han demostrado que los individuos con el trastorno tienen menor actividad eléctrica, menor reactividad a los estímulos en las áreas cerebrales mencionadas y menor actividad metabólica. Señalan que el TDAH “es sobre todo heredado” (p. 2), el origen genético es, supuestamente, uno de los más altos –entre el 70 y 95%- para cualquier trastorno psiquiátrico. Así pues, desde esta perspectiva se establecen determinantes y factores del TDAH, los primeros constituyen las causas orgánicas del trastorno, los segundos solamente coadyuvan o funcionan como disparadores, Barkley (2002) deja claro que el TDAH no es resultado de factores ambientales. Es pues, a partir de la década de los noventa del siglo XX y comienzos del XXI, que el modelo neurobiológico adquirió los derechos exclusivos sobre la explicación y tratamiento del trastorno; Rafalovich (2001) sostiene que el trabajo de Barkley impuso el discurso neurológico donde se relaciona el trastorno con las anormalidades en el desarrollo del cerebro, la conexión entre neurotransmisores, la dopamina y la habilidad para regular los impulsos, ya que se argumenta que la dopamina es la

LOS SÍNTOMAS DEL TDAH, SÓLO LA PUNTA DEL ICEBERG

Eva María Esparza Meza

encargada de regular las emociones y el movimiento; de tal forma que en el niño con el trastorno existe un defecto en la transferencia de este neurotransmisor. Según Kean (2005) el argumento neurobiológico se ha empleado para promover la aceptación global del diagnóstico, bajo esta premisa los síntomas del niño se deben a su constitución biológica; los problemas derivados de las deficiencias de los programas educativos, de familias disfuncionales, pobreza, estilos de crianza, etc., no son considerados como factores causales.

Antshel, Macias and Barkley (2009) aseguran que existe un consenso universal sobre las causas neurobiológicas-genéticas, que posiblemente interactúan con factores de tipo psicosocial para producir el trastorno, una “plétora” de evidencias apoyan la falta de regulación central de la dopamina/norepinefrina como el origen del mismo. Consideran que el TDAH es uno de los trastornos con mayor carga genética, similar a ciertos atributos físicos, como la estatura; solamente en un reducido número de casos se han identificado algunos factores de riesgo como complicaciones en el embarazo, ingestión de alcohol, tabaco y drogas, nacimiento prematuro, bajo peso al nacer, hipoxia pre, peri o posnatal, infecciones del SNC, traumas cerebrales. No obstante, llama la atención cuando expresan: “sin embargo, la etiología puede ser difícil de establecer y puede no ser especialmente pertinente para el plan de tratamiento” (p. 530), afirmación que se contrapone a la forma contundente de proclamar la etiología genética-neurológica. Dentro de esta postura, la gran mayoría de los autores admiten axiomáticamente la etiología neurogenética (Cambell y Figueroa, 2000; Chronis and Stein, 2012; Escobar, et al, 2005; Mahon, et al, 2012; Palacios, et al, 2011; Reiff, 2011; Reséndiz, et al, 2005; Sajid, Poor and Díaz, 2010; Vander, Chronis and Stein, 2010).

Sin embargo, no todos están de acuerdo en la afirmación incuestionable de esta etiología, Seitler (2011) advierte que ha sido prematuro y erróneo aceptar sin rebatir la conceptualización biológica del trastorno, los estudios de neuro imagen no han arrojado datos consistentes, como tampoco se han identificado los marcadores genéticos del TDAH, sugiere que adherirse al modelo neurobiológico

LOS SÍNTOMAS DEL TDAH, SÓLO LA PUNTA DEL ICEBERG

Eva María Esparza Meza

conduce a un callejón sin salida donde la única alternativa viable es el tratamiento farmacológico, quedando así excluida cualquier otra perspectiva del diagnóstico. En este sentido, Stolzer (2007) refiere que aunque se acepta la etiología orgánica, hasta la fecha, no se ha demostrado la existencia de marcadores fisiológicos, cognitivos o metabólicos que indiquen la presencia del trastorno. Por su parte, Furman (2005) y Salomonsson (2011) consideran que no existe suficiente sustento para apoyar una etiología única, sea genética, neurológica o psicológica; a falta de marcadores, es difícil diferenciar lo que es heredable genéticamente de la influencia ambiental y parental; por otra parte, los resultados respecto de las deficiencias en las funciones ejecutivas son sumamente inconsistentes; así mismo, factores psicológicos y ambientales como el nivel socioeconómico bajo, la psicopatología maternal y los conflictos familiares parecen tener una influencia importante en el trastorno; a partir de las evidencias, puede decirse que la especificidad del TDAH permanece sin resolverse.

En contraste, muchos otros autores (Escardíbul et al., 2012; Foley, 2011; Howe, 2010; Salomonsson, 2011; Sciberras, et al., 2013; Serrano, Guidi y Alda, 2013; Young, Fitzgerald and Postma, 2013) que tal vez no quieren entrar en la polémica, se ubican en un punto intermedio al señalar que la etiología del trastorno es heterogénea y multicausal, es decir, obedece a una combinación de múltiples factores: orgánicos, genéticos y psicosociales. Müller, et al (2011) explican que si bien la herencia parece jugar un papel importante en la etiología, aún no se han identificado los genes implicados y que se desconoce cómo interactúan la genética y los factores ambientales.

En cuanto a los autores mexicanos, algunos apoyan ampliamente la etiología neurobiológica (Palacios, et al., 2011); otros como Vásquez, et al. (2010) se adhieren a la explicación etiológica multifactorial, considerando la intervención de factores genéticos, neuroquímicos, neuroanatómicos, fisiológicos y psicosociales: “es importante saber que ningún factor por si solo explica el origen del trastorno” (p. 16). Refieren que una tercera parte de los individuos con TDAH tienen un

LOS SÍNTOMAS DEL TDAH, SÓLO LA PUNTA DEL ICEBERG

Eva María Esparza Meza

familiar que padece o ha padecido el trastorno, los hermanos tienen mayores probabilidades de padecerlo, si bien no todos lo manifiestan de la misma forma; los padres con alcoholismo o personalidad antisocial presentan mayor riesgo de que sus hijos tengan el trastorno. Fisiológicamente se encuentran involucrados la corteza prefrontal, los núcleos basales y el cerebelo. Existen deficiencias químicas de los neurotransmisores dopamina y norepinefrina. Los factores psicosociales principales tienen que ver con los conflictos familiares que contribuyen a la aparición y/o persistencia de la sintomatología; la exigencia social, el nivel socioeconómico y las técnicas educativas inadecuadas.

En lo que se refiere a la cuestión de las fallas en la inhibición conductual, así como en las funciones ejecutivas y cognoscitivas de los niños con TDAH, Barkley (2006) asegura que numerosos estudios neuropsicológicos han demostrado que la reducida actividad cerebral, especialmente del lóbulo frontal, está estrechamente relacionada con la deficiencia en la inhibición conductual y en los procesos de auto regulación de los niños con el trastorno, idea central en la teoría de este autor desde 1997; así mismo, explica que la literatura apoya el planteamiento de que los problemas de atención, cuya base es neuropsicológica (disfunción de la corteza prefrontal) tienen que ver con una falla en las funciones ejecutivas, especialmente la memoria de trabajo; aspecto esencial, dice el autor, en al menos del 30 al 50% de los casos que padecen predominantemente el subtipo desatento, caracterizados por lentitud cognitiva y pasividad social.

Los resultados en relación a las dificultades en las funciones ejecutivas tampoco han sido consistentes, los datos son contradictorios, ya que como señala Yáñez et al. (2012), algunos confirman las dificultades en estas áreas, en tanto que otros no muestran diferencias significativas en relación a los grupos control; estos investigadores no encontraron un déficit específico en las funciones ejecutivas, sino más bien en la flexibilidad cognitiva, posiblemente por la asociación con las dificultades en el aprendizaje. El presunto déficit en las funciones ejecutivas, señala Furman (2005), se ha establecido como causa del trastorno, sin embargo,

LOS SÍNTOMAS DEL TDAH, SÓLO LA PUNTA DEL ICEBERG

Eva María Esparza Meza

el concepto es definido de manera distinta por los autores; muchas de las supuestas deficiencias en las funciones ejecutivas son observadas en otros trastornos del neurodesarrollo, la información arrojada por las investigaciones es inconsistente, las causas subyacentes al trastorno permanecen en calidad de hipótesis.

En este tenor, Brown (2006) refiere que desde que apareció la teoría de Barkley, el TDAH se ha descrito como un trastorno de las funciones ejecutivas, se parte de un supuesto soporte empírico derivado de investigaciones, donde principalmente se han utilizado tests de funciones ejecutivas que pretenden evaluar daños en el funcionamiento del lóbulo frontal; sin embargo, los datos no son convincentes, solamente el 30% de personas diagnosticadas con el trastorno parecen tener un impedimento significativo en las funciones ejecutivas medidas en estos tests; el autor expone “la habilidad de una persona para desempeñar en la vida diaria tareas complejas y de autorregulación, proporciona una medida mucho mejor de su funcionamiento ejecutivo que los tests neuropsicológicos” (p. 41). Así mismo, las dificultades en las funciones ejecutivas no son privativas del TDAH, los supuestos impedimentos en este nivel deben ser confirmados a través de una evaluación del desempeño del individuo en un amplio período de tiempo y en una gran variedad de tareas cotidianas; la evaluación realizada con tests es una forma reduccionista de entender el problema.

A partir de la bibliografía consultada considero que las causas del problema aún son muy nebulosas, se necesitan todavía de estudios más rigurosos y profundos, libres de intereses, que puedan ofrecer mayor certidumbre sobre el origen del trastorno; pareciera que de una causa biológica indeterminada esgrimida a principios del siglo XX para explicar las dificultades emocionales de los niños, se pasó al énfasis en la dimensión del comportamiento, para luego regresar nuevamente al daño cerebral, sólo que actualmente fundamentada en aparentes evidencias científicas que no han aportado ninguna certeza sobre el origen, pero que a fuerza de repetirse se han vuelto una verdad indiscutible, la ciencia se usa

de esta forma para imponer un discurso, el que lo acepta como tal está del lado de la ciencia, aquellos que disienten o critican son pseudocientíficos, charlatanes.

2.8. Sobre los procedimientos diagnósticos.

En relación a las técnicas para establecer el diagnóstico impera también la polémica, como mencioné antes, las clasificaciones diagnósticas estipulan un conjunto de criterios sintomáticos, a cumplirse en un tiempo determinado (mínimo 6 meses), con una intensidad que impacte en el desarrollo, funcionamiento y adaptación del niño; presente desde la infancia, que se manifieste en al menos dos entornos, comprobación clínica del impedimento en la actividad social o escolar y la valoración diferencial con otros trastornos. A partir del procedimiento diagnóstico se especifica el tipo y grado de severidad. Se afirma que si bien tiene una causa neuro-genética, no se cuenta con marcadores biológicos, ni pruebas de laboratorio o neurológicas, por lo que, para dar el diagnóstico es necesario realizar una evaluación clínica mediante la cual se obtenga información de las tres fuentes principales que son los padres, maestros y el propio niño (APA, 2002, 2013).

Existe un amplio consenso entre los autores (Amador, Forn y Martorell, 2001; Antshel, Macías and Barkley, 2009; Barrios, 2006; Bleichmar, et al, 2007; Cambell y Figueroa, 2000; Escardíbul, et al, 2012; Janin, 2006a; Lasa, 2001; Punta, 2007; Reiff, 2011; Sajid, Poor and Díaz, 2010; Soutullo, 2003; Taborda y Abraham, 2007; Young, Fitzgerald and Postma, 2013) sobre la necesidad de realizar un diagnóstico oportuno, adecuado, riguroso, exhaustivo y con un énfasis especial en el diagnóstico diferencial como única forma de determinar si realmente debe formularse o no el diagnóstico, en donde es necesario diferenciar los rasgos sanos de los patológicos, ya que como señala Punta (2007), un mal diagnóstico es invalidante, conlleva un tratamiento inadecuado que además de perjudicar seriamente al niño, agrava el pronóstico. Esta meticulosa evaluación, realizada por profesionales expertos, se vale de diversas técnicas que permitan obtener la mayor información posible, sin restringirse únicamente a la valoración de los síntomas, sino que incluya entrevistas a los padres y otros cuidadores, y maestros;

LOS SÍNTOMAS DEL TDAH, SÓLO LA PUNTA DEL ICEBERG

Eva María Esparza Meza

empleo de cuestionarios y por supuesto la evaluación del propio niño implicado, incluyendo su condición física y antecedentes médicos. El diagnóstico implica escuchar, observar y analizar toda la información disponible, con el objetivo de entender los conflictos y defensas predominantes, así como el sufrimiento tanto del niño como de sus padres; es conveniente evaluar el funcionamiento familiar en su estructura y dinámica, así como el contexto psicosocial y educativo en que se desenvuelve el niño, con la finalidad de determinar las capacidades y limitaciones de los adultos para apoyar y contener emocionalmente al niño (Escardíbul et al., 2012; Janin, 2006a; Jara, 2009).

Autores como Escardíbul et al. (2012), Mas (2009) y Soutullo, (2003) enfatizan en la necesidad de realizar una evaluación integral del problema, ya que es frecuente que se omita al niño en este proceso, habrán de contemplarse los aspectos emocionales que ofrezcan información acerca de los niveles y control de la ansiedad, las manifestaciones de inestabilidad emocional y del estado de ánimo, su capacidad de autorregulación, las características de las descargas impulsivas, la dificultad para expresar y modular las emociones, la capacidad para tolerar la frustración. A nivel comportamental se requiere valorar cuidadosamente la supuesta falta de atención, la agitación, los comportamientos perturbadores y destructivos. Se observan también las dificultades para relacionarse con otros de su edad, su capacidad para adaptarse y aceptar normas, las conductas de riesgo, la agresividad. En cuanto a las funciones cognitivas, proponen indagar la capacidad para concentrarse, el interés del niño por la lectura, rendimiento intelectual general, capacidad de representación simbólica a través del juego, el dibujo o el relato verbal, se exploran las dificultades existentes en el rendimiento escolar, la coordinación y organización motriz, así como los problemas de tipo somático. Mediante la evaluación, además de identificar las dificultades del niño indagamos sobre la imagen que tiene de sí mismo, la consciencia de sus problemas y del motivo de consulta.

LOS SÍNTOMAS DEL TDAH, SÓLO LA PUNTA DEL ICEBERG

Eva María Esparza Meza

El modelo latinoamericano para la atención del TDAH (Barragán, et al., 2007; Peña, Palacio y Barragán, 2010; Palacio et al., 2009; Ruiz, et al., 2003; Vásquez et al., 2010) sugiere que el diagnóstico debe ser realizado por el médico especialista o el psicólogo clínico; se propone una evaluación clínica completa donde se emplee, además de la entrevista, escalas para detectar la presencia y gravedad de los síntomas, ya sea para preescolares, escolares, adolescentes o adultos; se aclara que si bien estos cuestionarios son pertinentes, no tienen valor patognomónico por si mismos [Barrios (2006) informa que la escala más utilizada es la de Conners]; considerando que la correspondencia entre los informes de padres y maestros, es muy baja, es imprescindible que la información se extraiga de diversas fuentes. Vásquez et al. (2010) agregan que tanto el diagnóstico psicológico como neurológico, son herramientas complementarias para detectar la afectación de las funciones cerebrales, los problemas emocionales y/o de aprendizaje; aunque en la práctica los estudios neurológicos raramente, si no es que nunca, se realizan.

En cuanto al diagnóstico en preescolares, Palacio et al (2009) precisan que deberá recurrirse a la información de padres y maestros, así como la aplicación de escalas, es necesario también, evaluar tanto las prácticas parentales como la personalidad del niño. Conceden especial énfasis a la observación de la intensidad de los síntomas, ya que para emitir el diagnóstico se requiere un riguroso diagnóstico diferencial, que cumpla los criterios del DSM-IV, aunque es necesario aclarar que los criterios de esta clasificación no son específicos para este grupo etario, sino que son modificaciones hechas por los psiquiatras latinoamericanos.

Hasta aquí la reseña de lo que la literatura expresa sobre el procedimiento más adecuado para realizar el diagnóstico, en este punto es pertinente presentar la posición de autores que cuestionan el TDAH, precisamente por los hallazgos en relación al diagnóstico y por lo que en la práctica se realiza comúnmente. Como mencioné antes, desde la perspectiva que defiende la causa neurológica-genética

LOS SÍNTOMAS DEL TDAH, SÓLO LA PUNTA DEL ICEBERG

Eva María Esparza Meza

(Antshel, Macías and Barkley, 2009), se establece que no existen marcadores biológicos para diagnosticar el trastorno y que no es necesario realizar electroencefalogramas o estudios de imagen, sino que es suficiente con la entrevista y aplicación de escalas de síntomas. En este sentido, muchos autores (Benasayag, 2007; Baughman, 2003; Bleichmar, et al., 2007; Cambell y Figueroa, 2000; Kean, 2005; Mas, 2009; Punta, 2007; Salomonsson, 2011; Seitler, 2011; Stolzer, 2007) coinciden en lo absurdo que resulta el planteamiento de la causa neurológica del trastorno, cuando los resultados no son concluyentes y no existen marcadores que la especifiquen; en su lugar se diagnostica mediante listas de chequeo conductuales que se aplican tanto a padres como maestros; escalas que hasta cierto punto facilitan la recogida de información pero que solamente constituyen una parte de la evaluación y que por si mismas no arrojan información concluyente para establecer el diagnóstico (Sciberras, et al., 2013; Seitler, 2011); además de que no son totalmente confiables y de ninguna manera sirven para identificar alteraciones neurológicas. Las pruebas neurológicas, nos dice Mas (2009) “aun con la incorporación de la neuroimagen en sus distintas variedades y formatos, así como las de carácter neuropsicológico, no han aportado elementos definitivos para el diagnóstico y sus resultados continúan por el momento siendo objeto de controversia” (p.254).

Por otra parte, Stolzer (2007) objeta la falta de confiabilidad y validez de los cuestionarios elaborados conforme los criterios del DSM-IV, ya que no se han definido operacionalmente términos como “a veces”, “a menudo”, “muy a menudo” con los que se evalúa el comportamiento del niño. En este punto, Barkley (2009), el defensor de la etiología neurológica, comenta que el vocablo “a menudo”, más que aludir a la frecuencia con que se presenta el síntoma, debe referirse a si es excesivo en comparación con otros niños de la edad; ésta situación, dice el autor, es la que usualmente consideran los padres y médicos al evaluar el problema, volviendo de esta manera a validar un diagnóstico por demás confuso. Stolzer identifica un alto grado de subjetividad en las preguntas, como es el caso por ejemplo, de “a menudo tiene dificultades para jugar tranquilamente”, el autor

LOS SÍNTOMAS DEL TDAH, SÓLO LA PUNTA DEL ICEBERG

Eva María Esparza Meza

cuestiona “¿en qué cultura se espera que los niños jueguen silenciosamente (tranquilamente)?” aspecto que parece ser una absoluta insensatez. La falta de objetividad de estos instrumentos no puede pasarse por alto: “en tanto estos términos no sean definidos universal y cuantitativamente, la validez y confiabilidad del diagnóstico de TDAH debe ser científicamente rechazada” (p.111). A todo esto habrá que agregar que el grado de tolerancia, personalidad, información que se tenga sobre el desarrollo, la educación, género, edad, cultura y nivel socioeconómico son aspectos que influyen de manera importante en la forma en que los adultos contestan los cuestionarios. El autor considera que si se realiza una cuidadosa revisión de las preguntas contenidas en ellos, se podrá observar que en realidad miden la frustración de los adultos ante su incapacidad para comprender el comportamiento del niño; así pues, la función de los cuestionarios es identificar los comportamientos infantiles que no encajan en las expectativas modernas sobre cuáles deben ser los patrones de comportamiento adecuados. En este sentido, Lasa y Moya (2012) coinciden en la falta de objetividad de las preguntas incluidas en las encuestas y comentan que evaluar los síntomas a través de cuestionarios que contestan los adultos, es excluyente de la visión del niño, “los cuestionarios dan cuenta de los malestares de los adultos enfrentados a unos niños/as que no responden a sus expectativas” (p. 111).

Furman (2005) explica que según la Academia Americana de Psiquiatría para niños y adolescentes, el procedimiento de evaluación comprende entrevistas con los padres, entrevista psiquiátrica con el niño, empleo de escalas de síntomas estandarizadas, información proveniente de la escuela, una minuciosa exploración física y la aplicación de pruebas psicológicas adicionales; sin embargo, advierte, lo que se hace realmente en la práctica es otra cosa, generalmente la evaluación es realizada por el médico pediatra, pero como en la guía de la Academia Americana de Pediatría no se incluye ninguna recomendación sobre referir al niño a algún especialista en salud mental o educación, el médico, mediante una rápida evaluación, diagnostica el trastorno sin obtener una aproximación comprensiva del problema; menciona que un estudio demostró que solamente el 25.8% de los

LOS SÍNTOMAS DEL TDAH, SÓLO LA PUNTA DEL ICEBERG

Eva María Esparza Meza

pediatras sigue el procedimiento completo recomendado por el DSM-IV y solo el 53.1% realiza el seguimiento de al menos cuatro veces por año, para pacientes que son tratados con medicamento. Al respecto, Kean (2005) encontró que los médicos y pediatras pueden emitir el diagnóstico en tan solo unos cuantos minutos.

Furman (2005) y Seitler (2011) refieren que la escala más empleada en el diagnóstico y monitoreo del TDAH, es la de Conners, aunque no se ha demostrado que realmente mida los síntomas del trastorno y es fácil de alterar, lo que significa que la objetividad para diagnosticar está seriamente comprometida, por el uso de información subjetiva derivada de las mismas escalas. Furman refuta que el criterio referente a la presencia de síntomas en al menos dos espacios, se indague mediante los cuestionarios aplicados a maestros y padres, ya que las investigaciones han mostrado lo frecuente que es la discrepancia entre las respuestas de los padres y maestros, si bien se argumenta que la discrepancia se debe a la diferencia en las expectativas hacia el niño de uno y otro lugar, razón por la que es la escuela la que principalmente refiere al niño por su sintomatología y se adhiere absolutamente al diagnóstico psiquiátrico del TDAH.

En relación a la discrepancia observada en los cuestionarios, entre la visión de padres y maestros, Cambell y Figueroa (2000); Escobar et al (2005) mencionan que la evaluación de los maestros no es fiable, ya que además de cambiar con frecuencia, tienen demasiados alumnos y no conocen al niño, tienden a sobre etiquetar a los niños, especialmente en cuanto a comportamientos desafiantes; al parecer los padres resultan ser más realistas en su percepción, aunque Müller et al. (2011) encontraron que éstos reportan una frecuencia más alta de los síntomas que los maestros y que, en todo caso, la entrevista es más sensible que los cuestionarios para detectar los síntomas.

La falta de rigor en los procedimientos de evaluación ha influido en lo que se considera como la explosión del diagnóstico de TDAH, para aludir al excesivo número de niños que supuestamente padecen el trastorno; a lo que también ha

LOS SÍNTOMAS DEL TDAH, SÓLO LA PUNTA DEL ICEBERG

Eva María Esparza Meza

contribuido, significativamente, el hecho de que muchos de los niños que acuden a los servicios de salud, llegan con un diagnóstico previo emitido por maestros, lo que de alguna manera refleja la intolerancia escolar ante las diferencias individuales en el comportamiento de los niños (Bleichmar et al, 2007; Furman, 2005; Jara, 2009; Kean, 2005; Pérez de Pla, 2009; Segú, 2012); Lasa y Moya (2012) reportan que solamente en uno de cada 5 niños que llegan prediagnosticados, se confirma el diagnóstico; en este mismo sentido, Cambell y Figueroa (2000) encontraron que en la revisión de 217 expedientes de niños con TDAH, solamente 79 cumplían con los criterios clínicos para recibir el diagnóstico.

Mas (2009) añade que también son diagnosticados por padres, familiares o incluso conocidos, como si todo mundo se hubiera convertido en un experto en la materia; es así, dice el autor, como este cuadro nosológico ha abarcado una gran cantidad de comportamientos que se pueden explicar desde diversas perspectivas, de tal forma que, numerosos casos se (debieran) descartar del diagnóstico; en lugar de TDAH muchos de los aparentes comportamientos desviados, se pueden explicar por la presencia de trastornos de aprendizaje, fallas pedagógicas, intolerancia de los adultos, padres agotados y estresados por largas jornadas de trabajo, niños que crecen en soledad y que lo único que piden es un poco de atención y contacto afectivo, pero que a cambio lo que obtienen es la mirada desaprobatoria de los adultos, problemas de crianza y muchos más; en algunos casos, el diagnóstico psiquiátrico cumple la función de aliviar la culpa de los padres y eliminar su responsabilidad, ya que ésta se traslada al niño y sus anormalidades neurológicas. Coincidiendo con este punto de vista, Furman (2005) refiere que los síntomas característicos pueden representar simplemente una distribución normal de comportamientos infantiles, o bien expresan las diferencias en los procesos madurativos del desarrollo, o son la manifestación de diversos temperamentos, incluso se pueden deber a las rígidas e irracionales expectativas de los padres, la sociedad y la escuela hacia los niños.

LOS SÍNTOMAS DEL TDAH, SÓLO LA PUNTA DEL ICEBERG

Eva María Esparza Meza

Como puede inferirse del análisis de las diferentes posturas acerca del TDAH, el uso excesivo del diagnóstico no solamente tiene que ver con la falta de contundencia sobre la etiología, que sigue sin demostrar la pregonada base genética y neurológica; aunado a la inconsistencia de la explicación etiológica, se encuentran los errores y la subjetividad de los procedimientos para establecer el diagnóstico. Si como se asegura, el TDAH es producto de una disfunción cerebral que se originó durante el desarrollo neurológico del niño, entonces se esperaría que fueran los neurólogos quienes diagnosticaran el problema mediante las técnicas de imagen cerebral de alta tecnología que ya existen hoy en día (Furman, 2005; Stolzer, 2007); sin embargo el caso es que, desde la misma postura biológica, se afirma que no existen pruebas de laboratorio ni estudios de imagen que funcionen para diagnosticar el trastorno. La carencia de pruebas clínicas para establecer el diagnóstico, señala Kean (2005), ha ocasionado la naturaleza subjetiva del trastorno, abriendo la posibilidad de que cualquier niño en conflicto, ya sea con sus padres o el sistema escolar, sea diagnosticado; los maestros y el propio sistema escolar se han vuelto parte del “consenso de expertos”, lo que les da el poder suficiente para influir en las decisiones de los padres, para promover la imposición de un modelo médico para problemas que son esencialmente escolares y en donde pareciera que todo niño que no encaja dentro del sistema, padece algún trastorno psiquiátrico que generalmente se refiere a problemas de aprendizaje o de conducta donde se ubica al TDAH.

Por otra parte, existe acuerdo en que (Peña, Palacio y Barragán, 2010; Reiff, 2011) la evaluación debe ser conducida por profesionales expertos; Bleichmar et al. (2007) enfatizan que no pueden ser los padres y maestros que, erigidos en expertos, diagnostiquen mediante un cuestionario a los niños, ya que ellos están directamente involucrados en el problema y no son observadores objetivos.

Son precisamente estas inconsistencias las que han desempeñado un papel muy significativo en la proliferación del diagnóstico, que como dice Diller (1999), ha alcanzado un nivel casi epidémico sumamente preocupante. La proliferación del

diagnóstico revela las dificultades de la sociedad para comprender la psicopatología infantil, diagnosticar solamente tomando como base la descripción sintomatológica, entraña el riesgo de desmentir la historia del niño y contribuye a patologizar excesivamente el comportamiento del niño. Un diagnóstico adecuado, que permita una comprensión más completa, requiere de la articulación e integración de diversas posturas, tanto de la que se enfoca en la observación, descripción objetiva y cuantitativa de la expresión conductual del problema, como de la que intenta comprender los fenómenos subyacentes de la sintomatología (Bleichmar et al., 2007; Janin, 2006b; Lasa, 2001).

Finalmente, cabe agregar el comentario que en 2011 hicieran Coghill y Seth acerca de los criterios diagnósticos del DSM-IV, a pesar de su extenso arraigo y empleo en todo el mundo, la confiabilidad y validez de los trastornos mentales, especialmente del TDAH han estado sujetos a muchos cuestionamientos, de ahí que esta sea la principal preocupación del grupo que trabaja en las propuestas para la nueva clasificación, ya que es de suma importancia, dicen los autores, que todo criterio sea capaz de enfrentar y superar las objeciones, algo que al parecer no sucederá con la nueva versión: el DSM-5, que mantiene los mismos criterios cuestionados desde hace años. No se niega que los niños padezcan trastornos, solo que éstos deben ser ampliamente delimitados, con una etiología clara y un procedimiento diagnóstico meticuloso que comprenda la subjetividad del niño.

2.9. Sobre el tratamiento.

Hemos visto en los puntos anteriores que el TDAH es un diagnóstico que desde hace mucho tiempo ha estado dentro de una gran controversia, tanto en los aspectos que lo caracterizan, en la etiología que se ha esgrimido, como en los procedimientos para establecer el diagnóstico y por ende el tratamiento; este último estrechamente relacionado precisamente con las causas y los resultados de la evaluación. Aunque como ha sucedido en los demás tópicos, el tratamiento ha obedecido en buena parte, al discurso imperante; hasta la fecha no se ha encontrado una cura para el trastorno, de tal forma que todos los tratamientos

solamente alivian los síntomas, dato que incluso los defensores de la postura neurobiológica reconocen (Barkley, 2009).

2.9.1. Tratamiento farmacológico.

Desde que Bradley (1937) descubriera el efecto de la bencedrina, para controlar la conducta problemática de los niños, el empleo de fármacos se convirtió en la piedra angular del tratamiento. Comstock (2011) comenta que, al principio, la psiquiatría fue cuidadosa al señalar que los medicamentos solamente actuaban a nivel del comportamiento, debido a la sensación de bienestar producida por el efecto del estimulante; posteriormente modificó su discurso para referir que los fármacos actuaban principalmente para normalizar las funciones cerebrales; este argumento proporcionó las supuestas evidencias científicas para imponer entre la comunidad profesional y público en general la aceptación del tratamiento.

Durante los años sesentas y setentas del siglo pasado, la psiquiatría se consagró a difundir las bondades del tratamiento farmacológico; de esta forma, Eisenberg (1972) proclamaba que el tratamiento más efectivo y mejor documentado para el entonces denominado “reacción hiperkinética de la infancia”, era el empleo de

Drogas estimulantes, dextroanfetamina y metilfenidato, agentes que en estos niños suprimen la sobre actividad e impulsividad y alargan los períodos de atención... un niño determinado pronto responde a uno más que otro, pero todos requieren de una estrecha vigilancia de la dosis. Desafortunadamente, muchos médicos abandonan el tratamiento después de un breve e inadecuado ensayo de la medicación (p. 711).

Como podemos ver todavía no se lograba por completo la aceptación del tratamiento médico, amén de que aclara la necesidad de la supervisión médica, aspecto que, como se ha documentado, se logra en pocas ocasiones (Furman, 2005). El nombre del trastorno cambió, pero el tratamiento continuó siendo el mismo, Eisenberg proponía también que, éste debía mantenerse por un tiempo

LOS SÍNTOMAS DEL TDAH, SÓLO LA PUNTA DEL ICEBERG

Eva María Esparza Meza

prolongado, los niños con una forma moderada del trastorno, podrían requerir solamente 6 meses de medicación; otros en cambio, necesitarían de 3 a 5 años. Actualmente, al considerarse un trastorno crónico, la medicación se administra de por vida; para esa época, ya se conocían los efectos secundarios, pero se minimizaban, Eisenberg (1972) afirmaba que no existía riesgo de abuso, si bien reconocía lo siguiente:

El tratamiento farmacológico alivia el trastorno motor y atencional que interfieren con el aprendizaje, tanto académico como social, sin embargo no produce aprendizaje; más bien, lo hace posible. Un tratamiento efectivo solamente comienza con la medicación; la educación remedial y la terapia para padres son esenciales para que padres y maestros ayuden al niño a recuperar el curso del desarrollo normal (p.711).

Se observa que habla con cierta prudencia del tratamiento farmacológico, sugiriendo la necesidad de un proceso integral. Las investigaciones para demostrar las virtudes del tratamiento médico proliferaron en la década de los ochentas y por doquier se hablaba de su efectividad, Eisenberg (2007) reseña que en ese tiempo, él, como principal investigador del NIMH (Instituto Nacional de Salud Mental de Estados Unidos), con su grupo de investigación comprobó la eficacia tanto de la dextroanfetamina como del metilfenidato. Dentro de este contexto, Kavale (1982) realizó el análisis de 135 estudios, concluyendo que las drogas estimulantes eran el tratamiento más conveniente para la hiperactividad. De esta forma, el discurso médico se radicalizó para hacer del medicamento la panacea, la línea central de la intervención, una conclusión hasta cierto punto evidente si consideramos que, para una etiología biológica, por supuesto se requiere de un tratamiento en el mismo sentido. De hecho, dentro de una lógica circular, fue el mismo medicamento el que sirvió para garantizar el origen neurológico: “la respuesta terapéutica a las drogas estimulantes es tomada como confirmación del diagnóstico de TDAH” (Eisenberg, 2007, p. 221).

LOS SÍNTOMAS DEL TDAH, SÓLO LA PUNTA DEL ICEBERG

Eva María Esparza Meza

Si un niño responde bien a la medicación, dice Furman (2005), entonces se corrobora el diagnóstico y debe ser medicado; expone que se procede generalmente por ensayo y error, porque no existe un mecanismo para determinar qué medicamento y dosis, sea metilfenidato, anfetaminas o atomoxetina, es mejor para un niño determinado; además, los resultados de investigaciones han mostrado que la respuesta conductual a los fármacos no es distintiva entre niños con TDAH y niños normales.

La consecuencia de todo esto fue el vertiginoso aumento en la emisión del diagnóstico, primero en los Estados Unidos y después en el resto del mundo y por ende de la cantidad de niños medicados, la controversia se agudizó, hasta que, como mencioné antes, el Consenso de 1998 del NIH, concluyó que si bien las investigaciones habían mostrado la eficacia del tratamiento con medicamentos psicotrópicos, no existía un acuerdo general de que el TDAH debiera ser tratado solamente con psicoestimulantes, ya que éstos implicaban un riesgo potencial de abuso (ver capítulo 1). No obstante la lucha por legitimar el diagnóstico y su tratamiento continuó; para 2002, Barkley aseguraba que el tratamiento indicado, sin duda alguna, era la medicación combinada con el acomodamiento educativo, familiar y social; los intereses involucrados se impusieron a tal punto, que desde la última década del siglo XX hemos presenciado el aparatoso incremento de los fármacos y la defensa a ultranza de éstos; de esta forma, parece ser que la década de los noventa marcó la propagación del tratamiento farmacológico (recordemos que a partir de la aparición del DSM-IV, el TDAH, tanto entidad nosológica como tratamiento, se impuso en todo el mundo (Kean, 2005)).

2.9.2. Un negocio muy rentable.

Eisenberg (2007) informa que el consumo de dosis diarias de metilfenidato registró un sorprendente incremento: de 60 millones en 1987, a 360 millones en 1999; las prescripciones del medicamento de 4 millones pasaron a 11 millones y la de anfetaminas, de 1.3 millones ascendió a 6 millones. Por su parte, Diller (1999) señala que el Ritalin, el fármaco emblemático de los Estados Unidos, aumentó un

LOS SÍNTOMAS DEL TDAH, SÓLO LA PUNTA DEL ICEBERG

Eva María Esparza Meza

700%; solamente en 1997 se prescribió a más de 5 millones de personas, el 90% de la producción se empleaba ahí mismo. La Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes (JIFE, 2009) reporta que la producción mundial de metilfenidato creció aparatosamente en esos años, pasando de 2.8 toneladas producidas en 1990, a 19.1 en 1999, siendo Estados Unidos el principal productor.

El fenómeno, como ya mencioné, se extendió a todo el mundo, Leuzinger (2010) y Leuzinger et al. (2011) dan cuenta que, en Alemania se vendieron 34 kg de metilfenidato en 1993, en tanto que para 2009, la cantidad ascendió a 1735 kg; las prescripciones de Ritalin subieron 270% entre 1997 y 2000. En el país Vasco, la prescripción del metilfenidato se incrementó 18 veces entre 2001 y 2007 (Lasa y Moya, 2012).

En la actualidad las cifras no han variado mucho, es decir, Estados Unidos continúa siendo el principal productor y consumidor de fármacos para aliviar los síntomas del TDAH; de 5 millones de personas medicadas en 1997, una década después había escalado a cerca de 10 millones de niños medicados (Stolzer, 2007). En nuestro país no existen datos (al menos disponibles) sobre el nivel de consumo, importaciones, ni ventas; no obstante, se puede inferir por los informes de expansión mundial del fármaco, proporcionados por la JIFE (2009) que notifica de un ascenso continuo, alcanzando las 43.6 toneladas producidas por Estados Unidos en 2007; para 2012 la producción mundial alcanzó las 63.2 toneladas, Estados Unidos continuó siendo el principal productor con 61 toneladas; si bien la producción se destina principalmente al consumo interno, las exportaciones se han incrementado en los últimos años, siendo los principales importadores Alemania, Canadá, España y Suiza, aunque, parte de estas sustancias, se utilizan por estos países para la reexportación. Así mismo, la JIFE (2009) refiere que los principales consumidores de metilfenidato después de los Estados Unidos, en el período de 2003 a 2007 fueron: Alemania, Canadá, España, México, Reino Unido y Suiza; en donde tanto Alemania como Canadá y México reportaron un importante aumento en el consumo. El organismo (JIFE, 2013) señala que para

LOS SÍNTOMAS DEL TDAH, SÓLO LA PUNTA DEL ICEBERG

Eva María Esparza Meza

2011 el empleo del metilfenidato se redujo en los Estados Unidos al 69%, en tanto que Canadá e Islandia registraron el consumo más elevado a nivel mundial.

Para algunos autores (Baughman, 2003; Diller, 2013; Furman, 2005; Lasa y Moya, 2012; Stolzer, 2007) la expansión del tratamiento farmacológico, se puede explicar tanto por las presiones de tipo social como financieras, por un lado se encuentran los cambios legislativos de 1991, que permitieron a las escuelas públicas de los Estados Unidos recibir fondos adicionales por cada niño diagnosticado con algún problema conductual o psiquiátrico; la enmienda originó que las tasas de TDAH variaran de una escuela a otra, sospechosamente, los índices de las escuelas privadas son mucho más bajos que los de escuelas públicas. Otro aspecto tiene que ver con la presión de la economía, que originó la necesidad de que ambos padres trabajaran largas jornadas, a partir de lo cual se volvieron padres más estresados, frustrados e intolerantes hacia el comportamiento de sus hijos, a los que dedicaron menos tiempo para atender.

Por otro lado, está el importante nicho de mercado que es la infancia y que, como Stolzer (2007) refiere, representa un multimillonario negocio de los laboratorios farmacéuticos y sus poderosas campañas para legitimar el empleo de estimulantes, para lo cual se creó el CHADD (Children with Attention Deficit Disorder) y se financiaron múltiples investigaciones, mediante las cuales se validó la naturaleza neurobiológica del trastorno, que contribuyó a la aceptación general del medicamento y a disipar la culpa de los padres. Hace hincapié en las alianzas económicas entre la industria farmacéutica y la comunidad médica que recibe grandes incentivos económicos por la prescripción de medicamentos psicotrópicos, sugiriendo la necesidad de prohibir tales alianzas. Incluso Eisenberg (2007), el defensor del trastorno, alude al sesgo que se genera cuando las farmacéuticas financian investigaciones sobre sus propios productos, estos estudios son mucho más proclives a mostrar resultados que favorezcan al patrocinador. En este contexto, Diller (2013) explica que la sociedad actual mantiene una postura paradójica, mientras más se preocupa por lograr la felicidad

LOS SÍNTOMAS DEL TDAH, SÓLO LA PUNTA DEL ICEBERG

Eva María Esparza Meza

inmediata y continua de los niños, más intolerante se ha vuelto frente a las diferencias en su comportamiento; los laboratorios han sabido explotar muy bien esta contradicción: “500 compañías ganan actualmente \$9 billones al año” (s/p).

2.9.3. El tratamiento multimodal.

Comstock (2011) refiere que si bien Bradley, entendía el origen psicodinámico del trastorno, el objetivo de administrar medicamentos psicotrópicos a los niños, era más bien sustituir o facilitar la psicoterapia, al producir efectos conductuales de manera más rápida; así pues, Bradley consideraba el conflicto de los niños “problemáticos” más psicológico que fisiológico, el medicamento no se administraba para desaparecer el problema, sino para procurar un alivio temporal. Cuando el discurso giró de nuevo hacia la causa orgánica y se explicó que el medicamento actuaba para normalizar las funciones cerebrales, la psicoterapia se excluyó como procedimiento terapéutico; a partir de la década de los ochenta se introdujo la terapia conductual como mero complemento del tratamiento médico.

Sin embargo, el modelo de atención que actualmente se sugiere en la mayoría de las guías de atención del TDAH, surgió a partir de los resultados del MTA Study (The Multimodal Treatment Study, 1999), una investigación a gran escala conducida durante 14 meses, financiada por el NIMH de los Estados Unidos, diseñada para evaluar el efecto de la medicación, la terapia conductual y la combinación de los dos; contó con la participación de 579 niños con TDAH tipo combinado, asignados al azar a una de cuatro condiciones: medicación intensiva solamente, terapia conductual intensiva sola, una combinación de ambas y un grupo control con solo cuidado comunitario. Se encontró que los grupos de medicación solamente y tratamiento combinado obtuvieron una mejoría significativa en los síntomas, aunque se concluye que el tratamiento medicamentoso fue muy superior a la terapia conductual. Al respecto Serrano, Guidi y Alda (2013) comentan que el grupo combinado logró mejoría con dosis del medicamento más bajas; no obstante, en la práctica clínica cotidiana, el fármaco

LOS SÍNTOMAS DEL TDAH, SÓLO LA PUNTA DEL ICEBERG

Eva María Esparza Meza

es menos efectivo que en las condiciones en que se condujo el estudio, donde existió una mayor vigilancia y ajuste de las dosis.

Así mismo, el tratamiento psicológico ha demostrado ser útil como apoyo a la medicación, aunque Greene y Ablon (2001) señalan que los resultados de la terapia conductual se desvanecieron al terminar el tratamiento. En este sentido, el mismo grupo que condujo el MTA (MTA Cooperative Group, 2004), reconoció que el efecto del fármaco se había reducido a tan solo el 50% al primer seguimiento, debido a que el alivio en los síntomas solamente ocurre mientras se administra el medicamento; el resultado del tratamiento conductual tuvo un menor impacto, pero al menos se mantuvo, posiblemente porque los padres continuaron aplicando las prácticas aprendidas. Al comienzo de la medicación, los resultados son sorprendentes, pero disminuyen con el tiempo aunque se siga tomando el medicamento; de hecho, en el seguimiento encontraron que se habían incrementado los síntomas, tanto en el grupo que continuó tomando el medicamento como en el grupo al que nunca se le prescribió. Un considerable número de participantes tanto del grupo medicamento, como combinado, suspendió la medicación a pesar del alivio en los síntomas.

Se encomia que los fármacos son inofensivos sin indagar si el hecho de que los niños tomen medicamentos durante largos períodos, produzca repercusiones físicas y psicológicas, no se cuestiona la posibilidad de la dependencia y tolerancia como ocurre con otro tipo de estimulantes, incluso su cualidad como potenciador cognitivo resulta alarmante porque se reporta que muchos jóvenes recurren a su uso para incrementar su concentración y mejorar calificaciones; de esta forma, el pregonado beneficio del medicamento no es ni tan sorprendente, ni tan prolongado, ni tan carente de efectos secundarios, ni mantiene los efectos una vez que se discontinúa (Diller, 1999; Lasa y Moya, 2012).

Greene y Ablon (2001) advierten que es necesario ser cautelosos respecto de la eficacia del tratamiento desarrollado por el estudio MTA; sin embargo, a partir de él, se realizaron numerosas investigaciones (Antshel, Macias and Barkley, 2009;

LOS SÍNTOMAS DEL TDAH, SÓLO LA PUNTA DEL ICEBERG

Eva María Esparza Meza

Gol and Jarus, 2005; Hechtman, et al., 2004; Klein, Abikoff, Hechtman and Weiss, 2004; Sajid, Poor and Diaz, 2010) para confirmar la efectividad de los tratamientos combinados (farmacológico y conductual o psicosocial); aunque como dicen Greene y Ablon, la mayoría de los tratamientos conductuales se proporcionan rígidamente a manera de paquetes sin adecuarse realmente a las necesidades individuales de los niños. Aun así, muchos países, incluyendo el nuestro, han elaborado guías de atención para el TDAH, siguiendo los parámetros que el MTA impuso, donde generalmente se señala que la columna vertebral del tratamiento es la medicación, combinada con la terapia conductual. Así, por ejemplo, la guía de la Academia Americana de Pediatría (Reiff, 2011) expresa: “solamente dos tratamientos para el TDAH están fuertemente sostenidos en la medicina basada en evidencias, la medicación y la terapia conductual” (p. xviii), se argumenta que el tratamiento con medicamentos es la mejor opción, ya que mejora rápidamente los síntomas, es seguro, eficaz, con pocos efectos colaterales y no tiene riesgo de abuso; aunque reconoce que el rigor de los estudios clínicos es difícil de ser aplicado en las condiciones cotidianas.

Los defensores del tratamiento multimodal son enfáticos al excluir otras formas de abordar el trastorno, Antshel, Macias y Barkley (2009) escriben “para la mayoría de los niños con TDAH, la psicoterapia individual no está indicada... Hay que decir que las formas tradicionales de terapia de juego, psicoterapia o algún otra forma de terapia psicodinámica o psicoanalíticamente fundamentadas no tienen evidencia actual de eficacia para el TDAH” (p. 532).

Las excepciones son la guía elaborada por Mabres (Coord., 2012) en España, que tiene un enfoque psicodinámico y psicoanalítico y la guía NICE de Gran Bretaña. En la guía española, Escardíbul et al. (2012) explican que su propuesta es una respuesta a los modelos de atención más empleados, que son el farmacológico y el multimodal; proponen un tratamiento que se elabore en función de los resultados de la evaluación, con intervenciones psicológicas tanto individuales como de grupo, familiar e incluso escolar; en los casos más graves

recomiendan recurrir al tratamiento con medicamento. Young, Fitzgerald and Postma (2013) explican que la mayoría de las guías europeas sugieren el tratamiento multimodal “es el tratamiento más apropiado para el TDAH y las opciones de tratamiento pueden incluir una combinación de medicación y tratamiento psicológico, por ejemplo terapia conductual, terapia cognitivo-conductual, programa de entrenamiento a padres” (p.19); no se hace mención a otro tipo de intervención psicológica.

Hodgkins, Shaw, McCarthy and Sallee (2012); Jones (2011); Serrano, Guidi y Alda (2013) señalan que la guía NICE es quizá una de las pocas que considera como primera opción las intervenciones no farmacológicas, aunque se privilegian solamente los tratamientos de corte cognitivo, conductual y psicopedagógico; el tratamiento médico se reserva para los casos con sintomatología más severa, en contraste con los Estados Unidos, la d-anfetamina es una opción de tercera línea, especialmente por su potencial de abuso.

2.9.4. El tratamiento en México.

La primera guía oficial mexicana de tratamiento del TDAH, se originó en el consenso de 2002 convocado por la Academia Mexicana de Pediatría (Ruiz et al., 2003) y se centró exclusivamente en el tratamiento farmacológico, aunque sugieren que debe efectuarse una evaluación y manejo psicopedagógico individualizado. Concluyeron que la medicación más adecuada es a base de estimulantes (metilfenidato y dextroanfetamina), por su demostrada eficacia y seguridad. Ya para el primer consenso latinoamericano (Barragán et al., 2007) se acogen los criterios del discurso hegemónico al declarar que el tratamiento indicado es el multimodal en donde “el enfoque psicofarmacológico constituye la piedra angular” (p. 329); se asegura que el metilfenidato es seguro y eficaz sin existir riesgo de abuso; no obstante reconocen que no se han evaluado las implicaciones en la economía familiar por el uso continuo del medicamento.

LOS SÍNTOMAS DEL TDAH, SÓLO LA PUNTA DEL ICEBERG

Eva María Esparza Meza

En 2008 finalmente se promulga una ley sobre la medicación del TDAH (Cámara de diputados), se establece que los medicamentos solo pueden prescribirse por un profesional autorizado; es ilegal que los maestros diagnostiquen, mediquen a los niños o presionen a los padres para ello, que expulsen o condicionen la aceptación de los menores que padecen el trastorno; para administrar el medicamento debe obtenerse el consentimiento informado de los padres o tutores.

Para la Declaración de Cartagena (Peña, Palacio y Barragán, 2010) se mantiene la recomendación de tratamiento multimodal: manejo psicosocial, educativo y farmacológico; si bien se establece que tanto el diagnóstico como el tratamiento deben adecuarse a las condiciones socioeconómicas imperantes en los países latinoamericanos. El tratamiento medicamentoso deja de ser fundamento central, debe ser prescrito y vigilado por médicos especialistas, “la decisión de aceptar un tratamiento farmacológico debe ser responsabilidad compartida de los pacientes, el niño o adolescente y el médico” (p. 98). La Guía clínica para el TDAH del Instituto Nacional de Psiquiatría (Vásquez, et al., 2010) recomienda el tratamiento multimodal con la participación de pediatras, psiquiatras, neurólogos, psicólogos, trabajadores sociales y maestros. El objetivo no es curar, sino disminuir los síntomas, se plantea un tratamiento prolongado que incluye medicación, psicoeducación, terapia cognitivo-conductual y orientación a padres y maestros.

2.10. Conclusiones sobre el TDAH.

El TDAH es descrito tanto en la clasificación diagnóstica DSM como CIE, se reconoce su existencia desde principios del siglo XX, aunque su denominación ha cambiado en diversas ocasiones. Desde la década de los noventa existe una acalorada polémica en torno del trastorno, que se puede ubicar en tres vertientes: por un lado se encuentran los representantes del paradigma neurobiológico defensores de la etiología neuro-genética, para quienes los factores psicosociales no son determinantes; si bien proponen una evaluación minuciosa, ésta raramente se ejecuta; se establece que no tiene cura y plantean un tratamiento multimodal donde se privilegia el componente farmacológico. En el otro extremo están los que

LOS SÍNTOMAS DEL TDAH, SÓLO LA PUNTA DEL ICEBERG

Eva María Esparza Meza

consideran que el trastorno no existe, es un fraude esgrimido por la industria farmacéutica en contubernio con los gobiernos, que obedece a intereses económicos por las cuantiosas ganancias que genera la venta de fármacos. Una tercera perspectiva, es la de aquellos que no objetan la existencia del trastorno, lo comprenden desde una etiología multicausal, sugieren en primer lugar un tratamiento psicosocial; el medicamento debe prescribirse para los casos más severos, advierten que en muchas ocasiones no está correctamente diagnosticado, por lo que, en la actualidad se presenta un sobrediagnóstico que ha cobrado proporciones de epidemia, donde los principales afectados son, por supuesto, los niños.

Es evidente que los niños no son inmunes a los padecimientos psicológicos o psiquiátricos, no obstante, pareciera que nos encontramos ante una patologización de la infancia, que obedece a diversos factores ideológicos y económicos; en lugar de entender lo que le sucede al niño, se recurre a la medicalización, una manera mágica y rápida para curar nuestros males (Janin, 2006a). De todo esto no se puede responsabilizar totalmente a la clasificación diagnóstica de la APA, que si bien presenta una gran rigidez y su extrema categorización impide concebir los trastornos de una manera más interdinámica, si insiste en la necesidad de una evaluación diagnóstica y diferencial cuidadosa, en que ningún síntoma es patognomónico por sí mismo. Sin embargo, en la práctica cotidiana se observa que debido a que no se utiliza adecuadamente, precisamente un síntoma aislado es suficiente para que cualquier persona no profesional diagnostique al niño, con los inconvenientes y perjuicios que esto conlleva.

En este sentido, a partir de la división del trastorno en tres tipos, se acrecentó excesivamente el diagnóstico, ya que del 30 al 50% de los niños diagnosticados pertenecen al grupo predominantemente con déficit de atención (Antshel, Macias and Barkley, 2009; Sciberras et al, 2013), uno de los síntomas que precisamente se aduce es crónico y que es el blanco de la medicación, entre los beneficios de ésta se menciona el incremento en la concentración. Si a esto agregamos que

LOS SÍNTOMAS DEL TDAH, SÓLO LA PUNTA DEL ICEBERG

Eva María Esparza Meza

según Diller (2013), de 850,000 niños de 5 a 12 años con TDAH, solamente el 3.1% cumplió con los criterios para recibir el diagnóstico, podremos inferir que la tasa de prevalencia es mucho menor de la que se ha reportado, dato que implica que efectivamente existe un abuso, tanto de la clasificación como del tratamiento farmacológico. Como mencioné antes, en medio de los desencuentros entre las distintas posiciones que luchan por obtener el dominio sobre el trastorno, se ha olvidado al niño; en lugar de abordar la cuestión desde un verdadero enfoque interdisciplinario, se ha parcializado el conocimiento; Rafalovich (2001), afirma que la teoría biológica ha tomado la delantera, apoyada en supuestas demostraciones científicas que más bien parecen dogmas; pero las evidencias, dicen Lasa y Moya (2012), no son leyes, lo que actualmente puede ser evidencia deja de serlo en pocos años. Explicar el trastorno desde una organicidad que no ha sido comprobada, niega la dimensión subjetiva del niño, desdeña el papel etiológico de las interacciones tempranas y el medio y las intervenciones no acordes a su orientación (Punta, 2007). De esta manera, una gran cantidad de niños con sintomatología muy heterogénea han sido diagnosticados con TDAH y medicados, sin considerar las circunstancias de su historia (Bleichmar, 2006), sin que se consulte e informe a los involucrados (niños y padres).

Diller (1999) ya advertía sobre los riesgos en el abuso del diagnóstico, al señalar que la prisa por diagnosticar y tratar con medicamentos, era un llamamiento a la sociedad de que no estamos atendiendo las necesidades de nuestros niños. El debate entre las diferentes perspectivas teóricas, expresa Kean (2005) no contribuye al entendimiento del niño, conceptualizado como un futuro peligro, “existe un alto riesgo de que las necesidades, sentimientos e historias sobre los niños etiquetados con TDAH no estén teniendo una voz adecuada” (p. 136). Así pues, es necesario dejar atrás los intereses ideológicos para trabajar en beneficio de la salud mental de los niños, establecer procedimientos diagnósticos adecuados, que nos permitan un análisis psicopatológico detallado; así como generar programas de prevención y tratamiento desde diversas alternativas centradas en el niño, sus padres y circunstancias de vida.

CAPÍTULO 3. PERSPECTIVA PSICOANALÍTICA DEL TDAH.

Los autores psicoanalíticos (Janin, 2006a, 2006b; Leuzinger, et al., 2011; Monserrat, 2007; Punta, 2007; Salomonsson, 2011; Zabarenko, 2011) coinciden en que las investigaciones y publicaciones específicas sobre el TDAH son más bien escasas, esta circunstancia se puede explicar desde diferentes ángulos: en primer lugar, para el psicoanálisis no es especialmente importante encasillar al individuo en etiquetas estigmatizantes, su interés se centra en comprender el sufrimiento de la persona que solicita nuestros servicios para atender algún síntoma (s), encontrar el significado o sentido de éstos e intervenir; en el caso de los niños, también es necesario entender y atender la preocupación de los padres. En segundo lugar, las investigaciones a gran escala como las realizadas en el modelo biológico son muy complejas y costosas, incluso considerando que el modelo de tratamiento multimodal se aplicó por un largo período de tiempo para observar mejorías sustanciales en el funcionamiento académico y social de los niños (Antshel, Macias y Barkley, 2009); en psicoanálisis, más que intervenir en el síntoma, se trata al sujeto en sí mismo, por lo que es necesario adecuarlo a las necesidades particulares de cada caso, lo que dificulta la posibilidad de aplicarlo masivamente. Por otra parte, la mayoría de las publicaciones de corte psicoanalítico son de tipo ensayo (disertaciones teóricas), se han publicado pocas investigaciones empíricas, siendo éstas más bien estudios cualitativos de caso (Zuluaga, 2012); a las revistas denominadas científicas parece interesarles poco los resultados de este tipo de estudios, prefiriendo los artículos de tipo experimental con grandes muestras y datos cuantitativos muy llamativos.

Al respecto, Eresund (2007) comenta que en la clínica psicoanalítica se realiza mucho trabajo, pero los terapeutas tienen poco tiempo disponible para escribir sobre sus resultados y para llevar a cabo investigaciones, la falta de evidencia empírica no significa que no funcione, sino que es necesario realizar más investigaciones que apoyen la eficacia de este tipo de intervenciones; para Salomonsson (2001) el alejamiento psicoanalítico de la discusión teórica y clínica

del TDAH se deba, entre otras cosas, a la pregonada causa neurobiológica. En este tenor, Rafalovich (2001) señala que el TDAH ha sido debatido tanto por la postura neurológica como la psicoanalítica y la psicológica; desde su punto de vista, en este debate la perspectiva psicoanalítica ha sido menos afortunada que la psicológica porque el discurso de ésta se adapta más a la manera empírica de la neurología, ésta considera que los conceptos psicoanalíticos son confusos y no han demostrado su efectividad clínica; los psicoanalistas, dice el autor “para bien o para mal, se hablan los unos a los otros, más que a las grandes comunidades médicas y académicas” (p. 404); de esta forma, el psicoanálisis ha tenido poca influencia en la comprensión del trastorno.

3.1. La incursión del psicoanálisis en el entendimiento del TDAH.

Si bien se encuentran pocas investigaciones en el campo psicoanalítico, Rafalovich (2001) señala que en la literatura psicoanalítica, desde hace muchos años se han reportado casos que pudieran caer dentro de esta clasificación; así, refiere que M. Klein, en 1932, afirmaba que los niños con frecuencia manifiestan una exuberante vivacidad o inquietud acompañada de comportamientos controladores y desafiantes, que los adultos comúnmente confundían con muestras de desobediencia; así mismo, consideraba que la agresión era una compensación que intentaba reducir los niveles de angustia. También menciona que Anna Freud, trató a una niña con neurosis compulsiva y síntomas de lo que en la actualidad se podría clasificar como TDAH del tipo desatento.

Montserrat (2007) por su parte, menciona que fue Winnicott uno de los primeros psicoanalistas en aludir directamente al concepto. En el texto *La integración del yo en el desarrollo del niño* (1962a), Winnicott explica que la personalidad se construye a partir de una pauta de continuidad del “seguir siendo”, que está fundamentada en el cuidado y protección de la madre, cuando esta continuidad se rompe persistentemente, ocurre una fragmentación del ser que generará una psicopatología en el desarrollo, de esta manera “en la etiología de la inquietud, la hiperquinesia, la falta de atención (más tarde denominada incapacidad para

concentrarse) podría haber un factor muy temprano, que data de los primeros días y horas de vida” (p. 79). Como puede observarse, el autor plantea que el trastorno puede pensarse como una falla en la constitución psíquica del niño, planteamiento al que muchos autores se adhieren en la actualidad y que retomaré más adelante.

3.2. Posturas psicoanalíticas sobre el TDAH.

La concepción psicoanalítica del TDAH no es homogénea, incluso, como Günter (2013) señala, parece encontrarse en una posición incómoda; al respecto, se puede decir que existen dos enfoques: los radicales y los moderados; entre los primeros se ubican aquellos autores que rechazan la existencia del diagnóstico y por lo tanto la etiología neurobiológica, dudan de la validez del diagnóstico o al menos de las prácticas diagnósticas de la psiquiatría, especialmente del DSM y de la medicalización; aunque a decir de Günter, más que negar la existencia del trastorno, lo que aparentemente se rechaza es la vaguedad del diagnóstico, lo que ha llevado a cuestionar si el TDAH es realmente una entidad nosológica o si más bien se refiere a un conjunto de síntomas heterogéneos y artificialmente introducidos en el término, ya que como expresa este autor “una entidad nosológica se caracteriza por una etiología y sintomatología uniforme”(p. 95). Los segundos no rebaten su existencia, pero cuestionan el origen puramente biológico, proponen en cambio, una etiología multifactorial, enfatizando en los conflictos dinámicos asociados al TDAH; objetan el sobrediagnóstico generado a partir de procedimientos de valoración inadecuados, consideran que el tratamiento debe ser multidisciplinario, donde se incluya la psicoterapia sin descartar la posibilidad de medicación para los casos más graves.

Fuera de los Estados Unidos, quizá los psicoanalistas argentinos son los que han asumido una postura más crítica (véase capítulo 1: consenso argentino); así, por ejemplo, Benasayag (2007) considera que el TDAH es una entidad clínica inexistente, ya que la evidencia científica no ha demostrado ni su existencia, ni el supuesto mal funcionamiento cerebral que lo explica; afirma que si un niño puede permanecer largo periodos en la computadora o en los videojuegos no tiene tal

trastorno, sino que más bien exhibe un déficit de atención ante temas y personas que no le interesan.

En contraste, Zabarenko (2011) y Miró (2012) sugieren la posibilidad de que el estudio del TDAH, sea un campo donde converjan tanto el psicoanálisis como las neurociencias y la psicología cognitiva. El psicoanálisis aporta la explicación clínica de los determinantes, describe las manifestaciones de la labilidad afectiva como ansiedad, irritabilidad, explosividad. Por su parte, la neurología contribuye con su conocimiento sobre el funcionamiento cerebral, explicando las fallas en las funciones ejecutivas, que tienen que ver con la dificultad para mantener y controlar eficientemente el funcionamiento mental. La teoría de la cognición, dice Zabarenko, proporciona información para entender cómo la interacción entre la carga genética y el ambiente genera déficits cognitivos, el intercambio entre las diversas disciplinas ofrece la posibilidad de una comprensión más profunda de los problemas psicológicos vinculados a algún trastorno de tipo neurológico.

Al analizar la literatura psicoanalítica sobre el tema, podemos observar cierta ambigüedad, que, como señala Rafalovich (2001) ha sido aprovechada por la postura neuropsiquiátrica para posicionar su hegemonía, fundamentada en la explicación biológica y ofreciendo una solución hasta cierto punto fácil al problema: la medicación. Dentro de la perspectiva psicoanalítica, se rechazan y objetan los planteamientos expuestos por ese modelo, pero al mismo tiempo se ofrece una explicación alternativa de los síntomas, lo que de alguna manera implica la aceptación del trastorno y su sintomatología. Considero que continuar con el enfrentamiento entre las perspectivas neuropsiquiátrica, psicológica y psicoanalítica, conduce a un callejón sin salida; como Lasa (2001) comenta, el desencuentro entre las posturas ha comprometido el tratamiento del trastorno, quedando el niño que lo padece en medio de una estéril confrontación; no quiere decir esto que se muestre una posición de acatamiento (como se ha hecho en la psiquiatría mexicana), sin la posibilidad de disentir del discurso neuropsiquiátrico,

de hecho, cualquier explicación que se presenta como la poseedora de la verdad, la única que tiene la respuesta, solamente logra reflejar su propia fragilidad.

En este sentido, Punta (2007) advierte que dado el reciente interés psicoanalítico por el TDAH, debe procederse con cautela, sin precipitarse en un rechazo que puede ser imprudente, como tampoco suscribirlo con resuelta aquiescencia. Por supuesto que existen niños con la sintomatología descrita por el DSM IV y 5, solamente que desde el psicoanálisis se ofrece una concepción distinta, tanto de los determinantes etiológicos como de las alternativas de intervención.

3.3. Diagnóstico y patologización de la infancia.

Entre los psicoanalistas, se cuestiona el vertiginoso incremento del diagnóstico que ha llevado al etiquetamiento de los niños, ante una heterogeneidad de comportamientos aparentemente psicopatológicos; así como el exceso en la medicación derivada del hecho, incluso sin que se cumplan con los criterios para establecer la presencia del trastorno; como menciona Pérez de Plá (2009), basta con que un niño sea inquieto para que se califique erróneamente con TDAH, de ahí que precisamente, uno de los aspectos más debatidos gire en torno de los procedimientos diagnósticos. En relación a este punto, desde el psicoanálisis se hacen diversas críticas, tanto al procedimiento diagnóstico como a quién lo efectúa; la facilidad con que se diagnostica, etiqueta y estigmatiza a los niños, lo que conduce al aumento en el número de niños diagnosticados con el trastorno. Son las limitaciones en esta manera de diagnosticar, lo que hace dudar del TDAH como entidad nosológica.

Bleichmar et al. (2007), Segú (2012), Taborda y Abraham (2007) consideran alarmante que los niños, lleguen a los servicios de salud previamente diagnosticados por padres y maestros. Esta situación, además de influir en las cifras exorbitantes de incidencia, implica que en lugar de presentar un motivo de consulta, el niño llegue con una inscripción que representa la visión que de él tienen los adultos: un caso perdido, un fracaso. Una cosa es que padres y

LOS SÍNTOMAS DEL TDAH, SÓLO LA PUNTA DEL ICEBERG

Eva María Esparza Meza

maestros sean la principal fuente de referencia y otra que ellos mismos, cual expertos, establezcan el diagnóstico; cuando esto sucede, pareciera que el mundo circundante se ha confabulado para deslindarse de su responsabilidad, de esta forma, tanto su descalabro escolar como su exceso de movimiento e impulsividad se aduce a “eso” que falla en su cerebro.

La mayoría de las investigaciones psicoanalíticas (García, 2012; Kean, 2005; Monserrat, 2007; Taborda y Abraham, 2007) confirman que en general, los síntomas suelen ser identificados en la escuela, en donde se avisa a los padres del diagnóstico de TDAH, requiriéndoles busquen ayuda psicológica o psiquiátrica; en muchas ocasiones, condicionando la aceptación del niño a la medicación, con lo cual, nos dice García, se violenta el principio de autonomía. Una vez que los niños llegan a la consulta psiquiátrica, se supone comienza el proceso diagnóstico, aunque sin marcadores biológicos, ni pruebas clínicas, ni de imagen, éste se establece a partir de una colección de síntomas comportamentales.

Existe un acuerdo generalizado, incluyendo al psicoanálisis, sobre la conveniencia de una evaluación clínica exhaustiva del problema, realizada por un equipo interdisciplinario, que incluye la entrevista a los padres, maestros y niño; así como la aplicación de escalas de síntomas, pruebas psicométricas, test proyectivos, e incluso la exploración física y neurológica del niño. Sin embargo, en la práctica, este procedimiento raras veces se cumple, en la mayoría de los casos el psiquiatra, después de una breve entrevista y quizá la aplicación de uno de los muchos cuestionarios de síntomas, diagnostica y administra el tratamiento farmacológico (Bleichmar et al., 2007; Escardíbul et al., 2012; Mas, 2009; Punta, 2007; Soutullo, 2003).

Desde la postura psicoanalítica, se disiente profundamente de este modo expedito de diagnóstico mediante la sola aplicación de cuestionarios, posición reduccionista más preocupada por encasillar que por comprender la psicopatología y especificidad del psiquismo infantil; cuando se recurre solamente a la descripción sintomatológica, se diagnostica de un modo invalidante que además de negar la

LOS SÍNTOMAS DEL TDAH, SÓLO LA PUNTA DEL ICEBERG

Eva María Esparza Meza

dimensión subjetiva del niño, deja de lado los factores subyacentes y desdeña el papel que juega el contexto donde tiene lugar el conjunto de rasgos aparentemente psicopatológicos; se olvida que el niño se encuentra en plena estructuración psíquica y al desmentir su devenir histórico se contribuye a sobre patologizar el comportamiento del niño (Bleichmar et al.; 2007; Janin, 2006a, 2006b; Lasa, 2001; Lasa y Moya, 2012; Punta, 2007; Zuluaga, 2012).

Janin (2006b) considera que el diagnóstico basado en la aplicación de cuestionarios, solo ha conducido a la patologización de la infancia, lo que representa un tipo de violencia que se ejerce contra los niños, a quienes se les desconoce como sujetos. Por su parte Taborda y Abraham (2007) señalan que la emisión de un diagnóstico no es un procedimiento inocuo en la vida de las personas, como puede ser benéfico, también podría resultar pernicioso.

El psicoanálisis concibe el diagnóstico de forma distinta a la postura médica, no se emiten diagnósticos descriptivos cuya finalidad sea asignar un rótulo, que, amparado en criterios estadísticos ha propiciado la patologización de la infancia; en contraste, propone el diagnóstico estructural donde es importante reconocer tanto la especificidad de cada caso, como el hecho de que el niño es un sujeto que aún se encuentra en proceso de constitución (Zuluaga, 2012); es necesario comprender el sufrimiento del niño, identificando tanto los aspectos conscientes como inconscientes del síntoma; Leuzinger et al. (2011) enfatizan la necesidad de tomar en cuenta los factores particulares de la biografía de cada niño, su situación familiar e institucional, así como los determinantes genéticos y neurobiológicos. El psicoanálisis tampoco tiene una respuesta a todo, pero cimentado en la escucha, podrá ofrecer una explicación plural y acorde a la época actual.

Un diagnóstico pertinente implica indagar, escuchar, observar y analizar, con la finalidad de obtener un análisis psicopatológico detallado y fundamentado, que nos permita entender y explicar lo que sucede en el psiquismo del niño, conocer sus angustias, temores y deseos para así pensar el sentido del síntoma, ubicarlo dentro del marco evolutivo e identificar si es organizador o desorganizador del

desarrollo, ya que es común encontrar que se confunde la inquietud y vitalidad con la hiperactividad patológica (Escardíbul et al., 2012; Janin, 2006b; Janin, 2007; Leuzinger, et al., 2011; Marcelli y Ajuriaguerra, 2004; Punta, 2007; Zabarenko, 2011; Zuluaga, 2012). En este sentido, Janin (2006a) anota “lo que debe ser diagnosticado son los conflictos que están en juego, el modo en que el niño se defiende y de que, si los conflictos son del orden de la fantasía o hay una realidad perturbadora” (p. 105).

3.4. La medicación: fórmula mágica.

Si bien algunos psicoanalistas se oponen a la medicación, podríamos decir que no se trata de un rechazo tajante, más bien se está en contra de la medicación a ultranza, aquella que se administra como única alternativa para aplacar a un niño que se considera no tiene control de sí mismo e incomoda a los adultos; postura en la que se ubica al niño como único responsable, confinando a un plano secundario la comprensión psicodinámica del problema y que excluye, según lo declarara Barkley (2009, ver capítulo 2) a la psicoterapia, especialmente la psicoanalítica, como opción de tratamiento eficaz, que en el mejor de los casos queda supeditada a una posición de mero accesorio. Para la perspectiva psicoanalítica, la medicación enmascara los conflictos internos del niño, lo que da lugar a que los síntomas muden constantemente, de ahí que se considere que el medicamento no debe ser la primera línea de tratamiento, sino un recurso para aquellos niños en donde otras intervenciones han fracasado o se trata de casos muy graves (Bleichmar, et al., 2007; Janin, 2006b; Leuzinger, 2010; Lasa, 2001; Pérez de Pla, 2009, Punta, 2007; Zuluaga, 2012).

Por otra parte, como señalan Cione et al. (2011), Seitler (2011) y Leuzinger (2010)¹, la medicación no constituye la cura del trastorno, solamente mejora los

¹ Cabe resaltar que la página web del NIH (2014) menciona al respecto: “Los tratamientos actualmente disponibles se enfocan en reducir los síntomas del TDAH y mejorar el funcionamiento... Los tratamientos pueden atenuar muchos de los síntomas del trastorno, pero no existe cura... Los medicamentos actuales no curan el TDAH. Más bien controlan los síntomas durante el tiempo que se ingieren” (s/p).

LOS SÍNTOMAS DEL TDAH, SÓLO LA PUNTA DEL ICEBERG

Eva María Esparza Meza

síntomas mientras se toma el medicamento, cuando éste se suspende reaparecen; además, entre el 25 y 30% de los niños afectados no responde o tolera los medicamentos, “en todo caso, los efectos a largo plazo tanto de la medicación como de las intervenciones puramente conductuales, por si solos, son bastante limitados” (Mas, 2009, p. 256). Sin embargo, fundamentada en las supuestas evidencias científicas, se ha vendido a la sociedad la idea de que el tratamiento farmacológico ha demostrado ser el más eficaz e inocuo, lo que ha resultado en una dependencia de por vida de los medicamentos; Reiff (2011) por ejemplo, asegura “los estimulantes son considerados drogas altamente seguras y efectivas” (p. 62), para el autor, los padres notarán de inmediato una mejoría en el control de impulsos, en las relaciones sociales, en el juicio social, el niño responderá de manera positiva a los otros y será capaz de comunicarse eficazmente. Como puede verse el medicamento cual pócima mágica logrará que un niño que no atiende, hiperactivo y “mal portado”, se vuelva el hijo ideal para unos padres que ya no saben qué hacer con él.

De esta forma, la terapéutica farmacológica responde más bien a las exigencias del medio, de unos atribulados padres y maestros incapaces de tolerar el comportamiento y las demandas excesivas del niño, al que en lugar de escuchar se le medica. Se ha logrado banalizar el empleo de los medicamentos que ha eliminado la responsabilidad de los adultos y de la sociedad misma; se deposita en los fármacos la solución maravillosa que ilusoriamente logra que los niños respondan, lo más pronto posible a los requerimientos sociales y académicos, el niño queda en calidad de robot, desmentido de su subjetividad (Janin, 2006a, 2006b; Taborda y Abraham, 2007).

Al respecto, Comstock (2011) comenta que a partir del arribo de los fármacos, surgió la posibilidad de crear nuevas identidades basadas en la “producción sintética de conductas deseables” (p. 52) para así erradicar y controlar los comportamientos indeseables de los niños; de esta forma, el TDAH más que una etiqueta, adquirió el estatuto de identidad construida para conformidad del

sistema; quedando así legitimado el empleo indiscriminado de los fármacos, instaurándose lo que se ha denominado como la “medicalización de los problemas sociales”, sin que se reflexione en que finalmente se trata de medicamentos que actúan de manera similar a las anfetaminas y que producen los mismos efectos (Benasayag, 2007; Leuzinger, et al., 2011).

3.5. Pensar al TDAH desde el psicoanálisis.

Los autores psicoanalíticos (Bleichmar et al., 2007; Braconnier y Murcia, 2008; Günter, 2014; Leuzinger et al., 2011; Marcelli y Ajuriaguerra, 2004; Janin, 2006a; Lasa y Moya, 2012; Pérez de Plá, 2009) exponen la necesidad de pensar al TDAH desde una perspectiva psicodinámica, como alternativa a la ofrecida por el modelo neurobiológico; especialmente si se considera la constante presencia de conflictos familiares, rechazo, baja tolerancia a la frustración, poca estima de sí mismo, todos ellos aspectos que hacen pensar en que el fenómeno tiene diferentes orígenes, que generan fallas importantes en la constitución de la subjetivización, especialmente del narcisismo. Leuzinger et al. (2011) consideran que el TDAH son síntomas que constituyen un síndrome pero no una enfermedad y que es necesario enfocarse en la estructura de personalidad desarrollada a partir de la historia específica de cada niño, de sus relaciones de objeto tempranas, traumatismos, desarrollo del yo y del self, sus deficiencias, modos de intercambio afectivo y relaciones dentro de la familia.

Dentro de un planteamiento etiológico multifactorial del trastorno, Salomonsson (2011), manifiesta que no se puede afirmar que el TDAH tenga su origen solamente en factores sociales o solo genéticos y/o neurológicos; recuerda que Freud (1895) ya había planteado la ecuación etiológica y posteriormente el concepto de series complementarias, para referirse a las causas que originan el surgimiento de las perturbaciones mentales; estableciendo diferencias entre los factores condicionantes o causas necesarias, sin las cuales nunca se produce el trastorno; la causa específica, que aunada a la anterior produce el efecto; las causas concurrentes, sugiere el autor, no necesariamente están presentes en todo

LOS SÍNTOMAS DEL TDAH, SÓLO LA PUNTA DEL ICEBERG

Eva María Esparza Meza

caso y aisladamente no producen el mismo efecto, pero, en conjunto con las condicionantes y la causa específica convergen en la producción del trastorno; donde también actúan los factores desencadenantes, que son los precedentes inmediatos a la aparición del efecto. En este sentido, se ha encontrado que algunos factores psicológicos se han asociado a la presencia de problemas de conducta y TDAH; para Salomonsson estos factores son causas concurrentes, se refieren a las experiencias tempranas del niño, tales como la poca disponibilidad materna, la ausencia paterna, la naturaleza de los vínculos, el ambiente familiar en que nace y se desarrolla el niño, etc.; como causas concurrentes significa que no todos los padres o madres que incurren en estos comportamientos tendrán niños con TDAH, ni que todos los niños con este trastorno han sufrido estas vivencias tempranas. Sin embargo Freud en el trabajo *Los caminos de la formación de síntomas* (1916-17), coloca a las experiencias o vivencias infantiles como un elemento de predisposición por fijación libidinal, que en conjunto con lo traumático causan los disturbios mentales, en sus palabras encontramos: “Las vivencias infantiles tienen una importancia que les es propia...entre la intensidad e importancia patógena de las vivencias infantiles y la de las más tardías hay una relación de complementariedad semejante a la de las series... [complementarias]” (pp. 331,332). Lo que a mi entender implica que las experiencias tempranas infantiles, no se quedan en el rango de causas concurrentes, como sugiere Salomonsson, sino más bien predisponentes.

En este mismo tenor, para Günter (2014) colegir el TDAH implica adentrarse en los conflictos dinámicos, donde concurren un conjunto de conflictos psíquicos tempranos que tienen diversos orígenes. En la concepción psicoanalítica del trastorno, se han descrito tres principales supuestos: a) el TDAH como formación de defensa ante los disturbios tempranos en las relaciones de objeto, b) problemas de triangulación donde la posición parental no es estable, frecuentemente el padre está ausente física y psíquicamente y c) estrés emocional actual o experiencias traumáticas. Günter propone una cuarta explicación que alude a un desorden en el procesamiento de los afectos y del pensamiento.

3.5.1. El TDAH como formación de defensa ante perturbaciones tempranas en la relación de objeto.

Se argumenta que tanto la dificultad para atender, como la impulsividad e hiperactividad pueden conceptualizarse como defensas ante experiencias traumáticas tempranas, que el yo infantil es incapaz de metabolizar e integrar y por lo tanto no pueden ser suficientemente simbolizadas, originando tanto problemas en la regulación afectiva como los síntomas característicos. Entre estas experiencias se pueden mencionar la pérdida del objeto, la falta de constancia o insuficiencia en las relaciones objetales, la privación grave, entre otras (Braconnier y Murcia, 2008; Cione et al., 2011; García, 2012; Günter, 2014; Icart, 2008; Jones, 2011; Lasa y Moya (2012); Leuzinger, 2010, Leuzinger et al., 2011; Salomonsson, 2011; Taborda y Abraham, 2007).

Monserat (2007) menciona que en tanto haya un predominio de fallas en la relación con el objeto primario, se estará hablando de un fracaso en la función materna; los síntomas representan una falla en el funcionamiento psíquico, a consecuencia de un “holding defectuoso” que imposibilita al niño para interiorizar la función de sostén materno, que influye en una vivencia incorrecta de la omnipotencia y de la instauración de mecanismos autotranquilizantes, así como en la dificultad para lograr la experiencia de estar a solas en presencia del otro, capacidad que se adquiere después de superar el narcisismo primario y que permite al niño representarse en la alteridad (Escardíbul et al., 2012).

Según Janin (2006a), en los niños con problemas para controlar el movimiento, son frecuentes las relaciones madre-niño caracterizadas por una ambivalencia extrema, donde ha fracasado el sistema de contención o paraexcitación materna; así mismo, la dificultad para investir el mundo y que se relaciona con la atención tiene que ver con ese otro que posibilita esa investidura, que de no lograrse inflige un impedimento narcisista (Bleichmar, 2006; Janin, 2006b).

LOS SÍNTOMAS DEL TDAH, SÓLO LA PUNTA DEL ICEBERG

Eva María Esparza Meza

La frecuencia de depresión posparto, depresión crónica y otros síntomas en el estado de ánimo de las madres y hasta en un cuarto de los padres de niños diagnosticados con el trastorno, que si bien Vander, Chronis y Stein (2010) lo asocian al origen genético y a los factores de riesgo en el ámbito familiar, ha llevado a Taborda y Abraham (2007) y Seitler (2011) a plantear que, el TDAH puede concebirse como una defensa derivada tanto de una depresión primaria, como de las deficiencias en el armado narcisista que se originó y desarrolló dentro de un espacio intersubjetivo.

Es en ese mismo espacio, donde se observan los efectos de la depresión posparto y de otros fenómenos tempranos como las fallas en la contención, generando una deficiencia precoz en la constitución del yo, que lo limita para utilizar la simbolización y lo deja a merced de la presión continua y desmedida de las pulsiones, en un estado de inundación que lo incapacita para procesar tanto los insoportables sentimientos de frustración y desamparo como los apremios provenientes del exterior, esta imposibilidad de elaboración puede afectar la transición entre el proceso primario y secundario que se relaciona tanto con la capacidad para enfocar la atención como para dominar la excitación y la gratificación (Escardíbul et al., 2012; Günter, 2014; Jones, 2011; Leuzinger et al., 2011; Zuluaga, 2012).

Las experiencias tempranas fallidas, no solamente afectan la conformación del yo, sino toda la configuración de la estructura psíquica, que se fija en esa transición entre proceso primario y secundario, entre la dependencia y la autonomía, entre la acción y el pensamiento, lo que implica una pobreza psíquica generalizada, donde las defensas fracasan para regular la angustia, el principio de realidad no logra establecerse del todo, de ahí que la excitación no puede transformarse en inscripciones, por lo que la excitación permanece en estado de urgencia; el yo se vuelve frágil, sin la capacidad para hacerse cargo del sí mismo, ni de regular la descarga pulsional, la gratificación se busca de manera incesante sin que se

pueda conseguir, el superyó permanece habitado por un ideal inalcanzable (Janin, 2007; Monserrat, 2007; Zuluaga, 2012).

3.5.2. Problemas de triangulación: la posición del padre.

En este segundo supuesto teórico presentado por Günter (2014) se evidencia la frecuencia con que ocurre la ausencia física y psíquica del padre, lo que deja al niño y la madre dentro de un círculo de excesiva excitación. Se ha observado que en los niños con TDAH, no existe un vínculo estable con la representación paterna, mostrándose cierta tendencia a identificarse con los aspectos sádicos de esta figura, que se reproducen en su relación con la madre y con los otros. Este aspecto es poco tratado por la literatura psicoanalítica, sin embargo, Icart (2008) menciona que la figura paterna suele estar debilitada por la propia madre; otras veces esta debilidad procede del estado emocional del padre; Esparza y González (2010), encontraron que en comparación con un grupo control, el 80% de los niños con TDAH se caracterizaron por mantener una relación dependiente con la madre y muy conflictiva con el padre, donde éste ocupaba una posición muy marginal y no se involucraba; Jones (2011) coincide cuando declara que una mezcla de frustración y dependencia, caracteriza la relación entre el niño con el trastorno y sus padres. Siguiendo este punto, Amaya et al. (2010, citados por Zuluaga, 2012) refieren que, la inserción de la ley en el desarrollo psíquico es función del padre, cuando éste falla, el equilibrio emocional, la socialización y el ajuste al medio circundante del niño se ven comprometidos, tal vez el medicamento actúa en este sentido, como representante de la ley, llenando el vacío dejado por el padre.

3.5.3. El estrés emocional y las experiencias traumáticas.

Günter (2014) y Leuzinger et al. (2011) refieren que en ciertos niños con el trastorno, se han identificado determinantes relacionados con experiencias traumatizantes como enfermedades graves, muerte de uno de los padres, maltrato, privación o abandono, que ocurren en el desarrollo psicosocial temprano y que no han podido ser metabolizadas; aunque “estrictamente

LOS SÍNTOMAS DEL TDAH, SÓLO LA PUNTA DEL ICEBERG

Eva María Esparza Meza

hablando, tales niños no debieran ser diagnosticados con TDAH dado que en estos casos los síntomas pueden ser explicados por el estrés sufrido... son resultado directo del estrés” (Günter, 2014 p. 48). Sin embargo, considero que este rublo también puede abarcar el estrés que sufre la familia del niño con el trastorno, que puede contemplarse ya sea como factor concurrente o asociado. En este sentido, Peláez (2009) encontró que de una muestra de 15 adolescentes, la mayoría viven en un contexto de violencia, maltrato o carencias afectivas, presentan serios conflictos intrafamiliares con dificultades en el establecimiento de normas que provocan confusión.

En general, existe coincidencia entre los autores (Foley, 2010; Pedraza, Perdomo y Hernández, 2009; Rydell, 2010; Salomonsson, 2011; Scibarras et al., 2013; Segú, 2012; Seitler, 2011; Vander et al., 2010 y Verreault et al., 2011) aunque no todos ellos son autores psicoanalíticos, para reconocer la relevancia de los factores ambientales y de adversidad familiar como nivel socioeconómico, crianza uniparental, enfermedad mental y antecedentes criminales o de abuso de sustancias de los padres de niños con TDAH; si a estas circunstancias se aúna la presión derivada de la vida cotidiana, se produce una compleja y conflictiva madeja relacional predominantemente disfuncional y estresante que se relaciona estrechamente con la salud mental de los niños.

De esta manera, como comentan Bleichmar et al. (2007) respecto de los niños diagnosticados con TDAH, nos encontramos frente a padres cansados, estresados, desbordados, deprimidos, agobiados; maestros desesperados por las exigencias a las que están sometidos con salones repletos de niños donde se pierde la individualidad; los adultos con estas características, manifiestan menor tolerancia hacia los comportamientos hiperactivos del niño e incurren en prácticas educativas negativas, coercitivas o poco efectivas, lo que afecta la capacidad del niño para regular y organizar su comportamiento, que a largo plazo repercute en la gravedad de los síntomas.

3.5.4. Alteración en el procesamiento de los afectos y del pensamiento.

Günter (2014) propone (siguiendo la concepción teórica de Bion), que en el TDAH existe una alteración en el proceso de los pensamientos y de los afectos, donde los elementos β no son correctamente transformados en elementos α , por lo que se descargan directamente en impulsos y agitación, configurando los síntomas de hiperactividad e impulsividad. Pero lo más relevante de este mal funcionamiento es la desorganización del pensamiento, que se traduce en la incapacidad para orientar la atención a representaciones internas, el niño salta de un pensamiento a otro. Si bien esta alteración no llega a producir la fragmentación que ocurre en la psicosis, los afectos no procesados se convierten directamente en actos impulsivos, apremiantes y distracción, que al conjugarse con síntomas neuróticos produce una constelación de conflictos inconscientes. Janin (2006a) coincide cuando explica que el exceso de movilidad e impulsividad se relacionan con una anomalía en la estructuración del pensamiento, especialmente en las representaciones preconscientes.

Siguiendo esta misma línea, Salomonsson (2011) menciona que en estos niños, hay una afectación en el proceso del pensamiento, pues el objeto interno no es capaz de contener los deseos y afectos, por lo que el proceso de ligazón no se lleva a cabo adecuadamente, aspecto que denomina como una falla en la capacidad semiótica, es decir, a la forma en que se interpreta o da sentido a las experiencias vividas, situación que se refleja en la dificultad para simbolizar y para expresar pensamientos y sentimientos.

3.6. Razonamiento psicoanalítico de los síntomas del TDAH.

La triada sintomática del TDAH, desde la teoría neuropsiquiátrica, se explica cómo la incapacidad para la autorregulación e inhibición de afectos y comportamientos (Barkley, 1997); términos similares se emplean en la teoría psicoanalítica, aunque semejantes, la forma de abordarlos responde a una lógica distinta. La diferencia estriba en que los primeros se fundamentan solamente en el déficit neurológico;

en tanto que los segundos, sin excluir el origen biológico, lo explican a partir de las fallas en la estructuración psíquica, los conflictos predominantes, las defensas y los aspectos del ambiente en que nace y se desarrolla el niño; de tal forma que se concibe al niño como un ser tanto biológico, como psicológico y social.

3.6.1. La atención y sus mudanzas.

Van-Wielink (2000) refiere que la atención es la aplicación mental dirigida a un estímulo determinado, “es la concientización del aquí y el ahora...determina la existencia de una experiencia consciente, y sin embargo, no hay un control completo sobre este proceso” (p. 33). Dado que el cerebro tiene una capacidad limitada para procesar el cúmulo de información que le llega simultáneamente, de manera inconsciente, se realiza un filtro de la información que alcanza la consciencia; si bien es un fenómeno esencialmente neurológico, es la voluntad la que dirige la atención; además, es necesario considerar que se atiende “solo una mínima parte, de la información disponible a la consciencia” (p.33), el estado de alerta es la condición más importante para lograr la atención.

Para Freud (1893-95) la atención es un fenómeno psíquico selectivo relacionado con la percepción, cuando ésta se concentra en un elemento, se pierde temporalmente la capacidad para percibir de otros sentidos e incorporar impresiones al pensamiento consciente; también se enlaza con el examen de la realidad, es mediante la atención que el yo percibe la realidad objetiva para emitir un juicio sobre si algo es real o no; se relaciona, así mismo con el pensamiento, el mecanismo de investidura del mundo exterior y con el devenir consciente. El yo es la instancia encargada de realizar la función de atención, mediante ésta se entera tanto del mundo interno como del externo, le permite estar vinculado con la realidad; Freud (1923) nos dice en el Yo y el ello: “el yo se encuentra bajo la influencia de la percepción...Las percepciones son al yo lo que las pulsiones al ello, así de importante es esta función para el yo” (p.41).

LOS SÍNTOMAS DEL TDAH, SÓLO LA PUNTA DEL ICEBERG

Eva María Esparza Meza

Janin (2006, 2006b) explica que la atención, como función del yo es un proceso selectivo de discriminación, sirve para proteger al niño del exceso de estimulación procedente tanto del mundo exterior como del interior. Es una actividad psíquica compleja, un acto voluntario que no está dado desde el principio, sino que se desarrolla a partir de la atención refleja que opera al inicio de la vida; implica abandonar la postura egocéntrica, es decir descentrarse de sí mismo, para enfocarse en otro aspecto que remite al proceso secundario. Para atender eficazmente es necesario que previamente se haya logrado inhibir la actividad motriz, tener un adecuado control sobre los movimientos; al principio el niño no tiene la capacidad de controlar y seleccionar los estímulos, necesita que sea la madre quien realice esta función reguladora, gradualmente interiorizará el funcionamiento mental de la madre, para desarrollar su propia capacidad de autorregulación (Icart, 2008; Lasa, 2001).

El hecho de que la atención sea una función voluntaria y promotora de ligaduras afectivas, implica que está regida por el deseo y por lo tanto sujeta a las fluctuaciones y conflictos emocionales. Lograr una adecuada atención, requiere la capacidad para atemperar la descarga pulsional que busca satisfacción inmediata, es decir, el dominio del proceso secundario; aspecto que no siempre se logra e influye en el surgimiento de obstáculos para la atención, que se manifiestan cuando el niño ingresa a la escuela, donde se le demanda que sea capaz de mantener una atención sostenida y selectiva, que esté atento durante largos períodos, que responda a criterios impuestos por los adultos y deponga sus intereses para concentrarse en lo que los adultos consideran prioritario; en otras palabras, se le apremia a la renuncia de sus deseos para someterse, obedecer a los adultos; de esta forma, como señala Janin (2006a), la atención se vuelve materia de obediencia más que de deseo.

La noción déficit de atención implica insuficiencia o carencia, lo que nos lleva a cuestionar si realmente existe un niño que no atienda en lo absoluto, lo que no parece posible. Cabe preguntarnos entonces, a donde se va la atención de los

LOS SÍNTOMAS DEL TDAH, SÓLO LA PUNTA DEL ICEBERG

Eva María Esparza Meza

niños diagnosticados con el trastorno; si recurrimos a la explicación de Freud (1893-95) antes expuesta, podremos darnos cuenta que la atención del niño no es propiamente deficitaria, sino que está puesta en otros menesteres, porque cuando nos concentramos en algo, se pierde temporalmente la capacidad para percibir de otros sentidos. Quizá lo que sucede, como mencionan Janin (2006b) y Leuzinger et al. (2011) es que el niño, debido a una insatisfacción narcisista, retira la investidura del ámbito externo vivido como estresante y peligroso, para refugiarse en su propio mundo fantasmático que le resulta más gratificante; en tanto que cuando realiza actividades que le gustan, es decir empujadas por el deseo proveniente del mundo interno, no manifiesta dificultad para atender. Cuando un niño presenta fallas narcisistas, le resulta complicado investir la realidad externa e inhibir procesos psíquicos primarios, lo que contribuye en la dificultad para entrar en un estado de alerta y atender eficazmente. De ahí que esta característica, hace pensar en que el TDAH esté relacionado a una temprana disfunción del yo producida por el fracaso del objeto primario para contener, sostener y regular la excitación, generando un quiebre o estorbo en la estructuración psíquica que lo aparta del investimento de cierta realidad (Zuluaga, 2012).

3.6.2. La hiperactividad/impulsividad: actuar en lugar de pensar.

En relación a estos síntomas, nos hallamos frente a un modo de solución del conflicto a través de la externalización, el pase al acto; sin embargo, es importante señalar que cuanto menor es el niño, más necesidad tiene de comunicarse a través del cuerpo y de la acción, la motricidad es quizá el área de mayor desarrollo desde al nacimiento hasta aproximadamente los 6 años; del ejercicio reflejo de los primeros días de nacido, se llega al control del cuerpo, “mediante la experiencia motora se construye una representación mental del objeto” (Marcelli y Ajuriaguerra, 2004, p. 21), lo que implica la estrecha relación entre la motricidad y la mentalización.

Al principio, el niño depende de la madre para regular y controlar sus movimientos e impulsos, en la medida en que adquiere la simbolización y domina el lenguaje,

LOS SÍNTOMAS DEL TDAH, SÓLO LA PUNTA DEL ICEBERG

Eva María Esparza Meza

las palabras sustituyen la acción, lo que se logra dentro de un marco relacional que debe respetar los ritmos del niño. Un mayor dominio, supone que el niño haya podido superar la posición egocentrista, obtenga una mejor comprensión del tiempo y avance del proceso primario hacia el secundario; de esta forma, gradualmente adquiere lo que Ana Freud (1971) llamó internalización del control externo de los impulsos, la introyección de la autoridad externa (de los padres), que convierte al superyó en el regulador interno de los impulsos y deja al yo la función para controlar tanto las exigencias del mundo externo como del interno, lo que significa mayor capacidad para tolerar la frustración, demorar la satisfacción pulsional e inhibir la descarga directa; requisito indispensable para que el niño pueda adaptarse y funcionar adecuadamente dentro del espacio escolar, ya sea en lo que se refiere al aprendizaje como la socialización.

En ocasiones, debido tanto a factores internos como externos, ocurren fallas en el proceso que inciden en una fragilidad del yo, que conlleva también un superyó carente de la fuerza necesaria, ya que los padres y valores de la cultura no se han instaurado eficientemente (Freud, 1923) y por lo tanto el control es precario, entonces aparecen la hiperactividad e impulsividad. Sin embargo, es necesario dilucidar qué vuelve a estas características patológicas, Amador, Forn y Martorell (2001) y Janin (2006, 2006b) advierten que no debe confundirse la vitalidad e inquietud con la hiperactividad, en tanto que el movimiento vital está vinculado a un objetivo y se ajusta a un plan; el movimiento hiperactivo, para ser considerado como tal, debe ser tan desorganizado, que incluso el niño corra riesgo de hacerse daño, la hiperactividad es un movimiento caótico, sin sentido, no revela un plan preestablecido; estallido motriz sin conexión con una representación verbal; es decir, sin significación simbólica, no narra ninguna acción, es mera evacuación desorganizada de angustia, de desesperación, cuya finalidad es deshacerse del exceso de tensión interna, que no ha podido ser tramitada, pero que no produce alivio y necesita repetirse compulsivamente (Icart, 2008; Prandi, 2010).

LOS SÍNTOMAS DEL TDAH, SÓLO LA PUNTA DEL ICEBERG

Eva María Esparza Meza

La hiperactividad e impulsividad son resultado de la incapacidad de la estructura psíquica para dominar las excitaciones (Freud, 1914), sugiere una falla en el funcionamiento del proceso secundario, que deja una brecha en lo simbólico, donde el pensamiento no media entre el impulso y la acción; en los niños con hiperactividad se dificulta el paso de lo corporal a lo mental, razón por la que el niño continúa actuando en lugar de pensar, lo que se torna patológico a partir de la exigencia del contexto para que el niño permanezca quieto, inmóvil (Janin, 2007; Lasa, 2003).

Ese movimiento desorganizado que no parece proporcionar placer, expresa la incapacidad del yo para elaborar la angustia, regular la descarga pulsional y buscar alternativas para obtener gratificación. Incapacidad que según Lasa (2003), representa una inadecuada instauración del espacio transicional, intermedio entre el mundo interno y externo, generando una emisión pulsional que no se adecúe al entorno y que se desaloja de forma impulsiva. No obstante, (Peláez, 2009) la hiperactividad tal vez sea el único medio de que dispone el niño para asegurarse una existencia, es por el exceso de actividad que logra estar en la mirada del otro y al menos hacerse un lugar.

Por otra parte, para muchos autores (Cione, et al, 2011; Escardíbul et al, 2012; Janin, 2006; Leuzinger et al, 2011; Monserrat, 2007) -con posiciones teóricas diferentes dentro del psicoanálisis- la fragilidad en la estructuración psíquica del niño con TDAH que afecta tanto en las dificultades para lograr la simbolización, como para regular su comportamiento y afectos, se remonta a un maternaje deficiente, donde se falla para respaldar de una forma suficientemente buena el desarrollo de la regulación de los afectos e impulsos del niño, un fracaso en el sistema de contención materna que impidió el establecimiento de la barrera protectora contra el exceso de excitaciones provenientes del exterior.

Tanto el movimiento sin control como la impulsividad, se relacionan con la limitación para inhibir procesos primarios y con el insuficiencia de la autorregulación (Janin, 2006b), ya que el manejo del cuerpo tiene que ver con la

LOS SÍNTOMAS DEL TDAH, SÓLO LA PUNTA DEL ICEBERG

Eva María Esparza Meza

historia del niño y sus dificultades para interiorizar los imagos parentales, con la organización de la pulsión de dominio que va del dominio de objetos, al dominio del cuerpo y al dominio de otros, componente que se vincula a su vez con la representación de sí y del otro. Aspecto por supuesto relacionado con el narcisismo de los padres y la relación especular, al posibilitar que en el niño normal el movimiento genere autonomía; en cambio, en el niño con hiperactividad, el movimiento lo ata a la mirada inquisidora del otro (Punta, 2007). Hay algo pues que no puede instaurarse, donde el niño continúa dominado por el otro sin lograr trasladar ese dominio al propio cuerpo, anclado a la necesidad permanente del control y contención provenientes del afuera.

Como ha quedado patente, desde la perspectiva psicoanalítica el TDAH es resultado de fallas tempranas en la conformación del psiquismo, aspecto que desarrollaré en el siguiente capítulo.

CAPÍTULO 4. FALLAS EN LA ESTRUCTURACIÓN PSÍQUICA.

El concepto de estructura psíquica nos remite a una construcción teórica, que nos permite entender el modo de organización, configuración y funcionamiento del psiquismo (Diccionario de psicoanálisis, elortiba.org, s.f.); implica tanto el punto de vista dinámico como tópico, económico y genético. El modelo teórico de estructura psíquica no se refiere a algo estático, por lo contrario, se trata de una concepción abierta y dinámica; en este sentido, para Bleichmar et al. (2007) el niño es un individuo en plena estructuración psíquica.

Desde sus primeros escritos Freud (1905; 1940 [1938]) resaltó la importancia de las experiencias tempranas, sean de satisfacción, displacer y/o frustración que tienen un efecto duradero en la persona; así pues, sin caer en un historicismo inflexible, se vuelve necesario indagar en la historia del individuo tanto los agentes que promueven la construcción de la estructura psíquica como aquellos que producen las fallas o fracasos de ésta.

4.1. Historia singular de un devenir psíquico.

En relación al devenir psíquico, el diccionario de psicoanálisis de elortiba.org (s.f.), señala que para Freud, la temporalidad se pone en juego en la historia singular de cada ser humano, incluso si pensamos en los tiempos que lo han precedido, ya que lo prehistórico incide en el psiquismo. El desarrollo involucra una historia abierta a las singularidades, en donde lo psíquico se estructura y elabora en consonancia con la dimensión de lo inconsciente. Según Freud (1900, 1914), el aparato psíquico requiere de un largo tiempo para desarrollarse; una de sus principales funciones reside en la regulación y tramitación de la excitación tanto proveniente del interior como del exterior, básicamente porque el cúmulo de excitación es percibido como displacer; en tanto que su supresión se registra como placer, cuando la exigencia pulsional es excesiva y fracasa la capacidad para dominarla, se originan, ya sea intensas sensaciones displacenteras o bien

LOS SÍNTOMAS DEL TDAH, SÓLO LA PUNTA DEL ICEBERG

Eva María Esparza Meza

efectos patógenos, se fijan señala Freud (1940 [1938]), las condiciones para la génesis de un trastorno psicológico.

Las experiencias de satisfacción vivenciadas por el niño, cesan el apremio procedente de los estímulos internos, lo que a su vez, moverá hacia la investidura mnémica para buscar y repetir estas experiencias; proceso que da origen al deseo, cuya tendencia será procurar la satisfacción primaria. Freud (1900) propone que el deseo impulsa la labor del aparato psíquico al erigirse como “la única fuerza pulsionante” (p. 560). Sin embargo, tarde o temprano las circunstancias de la vida obligan a demorar la satisfacción, aspecto involucrado en la transformación de los deseos primarios en otros secundarios, socialmente más adecuados, operación mediada por el preconscious que no permite a la investidura mnémica avanzar, la consumación del deseo tiene que dar un giro y buscar su expresión a través de los sueños o de otros modos como los síntomas, “también ellos tienen que ser concebidos como cumplimientos de deseos de lo inconsciente...una parte del síntoma corresponde al cumplimiento de deseo inconsciente, y otra, a la formación reactiva contra éste” (p. 560).

Por su parte, Winnicott sostiene (1960a, 1962b) que el desarrollo es un complejo proceso donde interactúan aspectos de la herencia, la maduración y la acumulación de experiencias de vida, para que pueda darse se requiere un entorno facilitador; el desarrollo se construye y fortalece a lo largo de toda la vida, la mayoría de los procesos que comienzan en la infancia no se concluyen en esa etapa, más bien se consolidan conforme avanza el desarrollo, durante la niñez, la edad adulta y hasta la vejez.

El punto de partida del devenir psíquico del sujeto, señala Aulagnier (1986a), está determinado por una historia que precede a su nacimiento, que previamente le otorga un lugar y un papel dentro de la historia familiar. Mucho antes de que el individuo vea la luz del mundo, existe un discurso que lo antecede, conjunto de enunciados concernientes al niño que constituyen lo que la autora llama sombra hablada, estructurante y protectora, pero también amenazante; su función es

asegurar la transmisión transgeneracional del sistema de significaciones que comprende tanto los patrones de identificación, anhelos e ideales, como las leyes, exigencias y prohibiciones del orden cultural en su conjunto; es conveniente resaltar que, las familias también producen sus propios sistemas discursivos e identificantes, que junto con el medio social, participan de forma importante en la constitución psíquica, quedando el individuo sujeto a la cadena de transmisión. Los anhelos representan lo reprimido, aquello a lo que debió renunciarse, de ahí el ideal de completud proyectado en el deseo de tener un hijo; no obstante, la sombra hablada habilita la transmisión de la represión, repetición de la prohibición que asegura al niño como ser diferente, pero cuya herencia psíquica le asigna el papel de preservar y transmitir el sistema de parentesco de la cultura (Castoriadis-Aulagnier, 1975; Diccionario de psicoanálisis, elortiba.org, s.f.).

Si bien la transmisión tiene un efecto estructurante en el individuo, es importante destacar que las fallas en la propia estructuración psíquica de los padres, juegan un rol patógeno en este proceso de transmisión, de tal forma que la sombra hablada se vuelve el presagio de una catástrofe, especialmente cuando no protege del retorno de lo reprimido, de la realización de un antiguo anhelo, el deseo de tener un hijo de la madre (Castoriadis-Aulagnier, 1975).

4.2. Deseo de hijo versus deseo de maternidad.

El deseo de hijo es uno de los preceptos más arraigados en la transmisión del sistema de significaciones; este deseo en la mujer, quizá se remonte a la ligazón con la madre preedípica, Freud (1933 [1932]) sugiere que a raíz de los cuidados corporales prodigados, surge en la niña el deseo sexual de “hacerle un hijo a la madre, así como su correspondiente, el de parirle un hijo” (p. 111); sin embargo, a partir del conocimiento de la castración, la ligazón con la madre se vuelve odio, sentimiento que puede ser reforzado por experiencias posteriores y permanecer toda la vida, o bien enmendarse más tarde. El declive de la ligazón – madre da pie para que la niña mude su deseo hacia el padre, de esta forma, el anhelo de poseer un pene se sustituye por el deseo de darle un hijo al padre, deseo que más

LOS SÍNTOMAS DEL TDAH, SÓLO LA PUNTA DEL ICEBERG

Eva María Esparza Meza

tarde corresponderá a una pareja exogámica. La intensa hostilidad que una mujer pudo haber sentido hacia la madre, que propició una postura de oposición y enemistad, se transforma casi de manera inadvertida cuando llega la maternidad, la mujer se asemeja cada vez más a su otrora enemiga, entonces regresa a la identificación con su madre (Freud, 1939 [1934-38]).

Aulagnier (2002) retoma este asunto pero diferenciando entre el deseo de hijo y el deseo de maternidad, el primero correspondiente a ese deseo que de la madre pasó al padre y se cristalizó en el deseo de procrear un hijo con otro hombre: su pareja; en tanto que el deseo de maternidad, responde al deseo de repetir especularmente su relación con la madre, lo que resulta nefasto para el niño, ya que no llega un ser nuevo, diferenciado, sino que representa el retorno de algo que debió quedar reprimido. Castoriadis–Aulagnier (1975) considera que lo nocivo del deseo de maternidad radica en que es la negación del deseo de hijo, “expresa el deseo de revivir, en posición invertida, una relación primaria con la madre” (p. 203), intentando reencontrar aquel imaginado placer que su propio nacimiento produjo a su propia madre; en este sentido, la concepción se inscribe como un acto carente de significación, detrás se encuentra el fantasma de un antiguo deseo: el de parirle un hijo a la madre, “ella espera el retorno de sí misma en cuanto fuente de placer materno”, el hijo solamente es deseado en tanto representa “una imagen reencontrada de sí misma que le permite vivir en forma invertida una relación incestuosa y arcaica que dirige a su propia madre” (p. 204).

El deseo de maternidad que se impone al deseo de hijo, expresa una falla en la transmisión del derecho al deseo, lo que implica que la sombra hablada caiga como algo funesto en el hijo, pues no anticipa el advenimiento de un nuevo ser, su importancia estriba en la posibilidad de que la madre retroceda al lugar privilegiado que supone ocupó en una época anterior. En estos casos, el deseo del padre no tiene cabida, queda totalmente marginado, sin que se valore su papel dentro de la procreación, aunque es pertinente mencionar que la exclusión puede provenir tanto de la madre que expulsa al padre, como de éste mismo que se aleja porque

no hay compromiso de su parte; cuando el deseo de maternidad prevalece, la concepción del niño suele referirse como un acontecimiento accidental en donde no hay lugar para el placer de la pareja parental, el engendramiento es resultado del conflicto, la desavenencia o incluso el odio. Las parejas con discrepancias suelen no comprender cómo es que ocurrió el embarazo; en tanto que donde el odio es el vínculo predominante, es común el reproche mutuo de un embarazo que no se deseaba (Aulagnier, 1986a). Sin duda alguna, comenta Aulagnier, la maternidad es una experiencia que hace resurgir lo que toda mujer vivenció en su relación originaria, pero cuando esta experiencia, por diversas razones se trastocó, el embarazo representa la amenaza del retorno de lo reprimido, aspecto perjudicial para la relación no solamente con el niño imaginario, en gestación, sino para la relación con el hijo una vez que nazca.

4.3. La experiencia del embarazo: anhelo narcisista.

El embarazo es la culminación del deseo conjunto de una pareja, representa, en la mayoría de los casos, el vínculo de amor que los une (Dolto, 1981); es desde este deseo que se comienza la libidinización: preparación física y psíquica, del espacio al que advendrá un nuevo ser; Moguillansky (1998) sugiere que la narcisización del niño comienza desde el momento en que los padres imaginan su llegada, aspecto fundamental en la constitución subjetiva del individuo. El embarazo es un proceso que se vive en dos ámbitos: por un lado está el aspecto biológico y por el otro el psicológico; en este sentido, tanto la historia particular de cada uno de los padres, como el hecho de que sea la madre quien alberga en su cuerpo al niño en gestación, influye en que el embarazo sea investido de manera diferente por la madre que por el padre. Para Aulagnier (1986a) la historia del individuo no comienza con su nacimiento, lo precedente influye significativamente: “la relación madre-hijo no espera al parto para existir” (p. 285), inicia a partir de que la mujer sabe que está embarazada y percibe los primeros movimientos del feto; así, se instaure una relación imaginaria con un embrión en desarrollo al que se imagina con los atributos de un cuerpo completo, cuerpo imaginado sobre el que la madre

LOS SÍNTOMAS DEL TDAH, SÓLO LA PUNTA DEL ICEBERG

Eva María Esparza Meza

deposita su libido, investimento narcisista de un anhelo de ideal, proyección de los sueños incumplidos de los padres que actúa como factor estructurante.

Dentro de nuestra cultura, el embarazo se ha significado como la “dulce espera”, como si con este enunciado se exorcizara todo lo negativo que pudiera estar presente, ya sea en lo real o en lo fantasmático; por el contrario, el embarazo implica un intenso estado emocional, donde se encuentran involucrados tanto el amor, como la zozobra, el odio y el temor; pero indiscutiblemente, debe estar acompañado de una intensa satisfacción, lo que dará significado a la existencia del niño, ya que en la historia de su origen quedará registrado el placer que su concepción y gestación produjo a sus padres (Castoriadis-Aulagnier, 1975).

En la medida en que la gestación avanza, la relación imaginaria con el bebé en formación se intensifica, la madre entra en un estado de extraordinaria sensibilidad que Winnicott (1960a) denominó “preocupación maternal primaria”, refiriéndose a la creciente capacidad de la mujer para centrar todos sus intereses en el embarazo, lo que posibilita que la madre pueda identificarse con ese niño que se gesta dentro de ella. El interés de la madre volcado hacia el embarazo, representa que, del sostén físico efectuado durante la vida intrauterina, se pase al ofrecimiento del sostén emocional una vez nacido el niño (Winnicott, 1967a).

Las fallas en la investidura fetal dependen tanto de la ausencia o distorsión del deseo de hijo, como de la carencia de apoyo de la pareja y las experiencias vividas por la mujer durante el embarazo; en ocasiones éste puede resultar una molesta carga que no logra despertar ni interés ni placer, especialmente cuando, por alguna razón, el embarazo decepcionó a la madre; en algunos casos, la gestación representa un peligro para su salud, entonces surge el rechazo o incluso el odio a ese bebé que interfiere con la vida de la madre, sentimientos que usualmente son sofocados pero generan culpa y daño a la narcisización. Por otra parte, existen madres que no pueden abandonar sus intereses personales y por lo tanto son incapaces de desarrollar el estado de preocupación maternal primaria;

LOS SÍNTOMAS DEL TDAH, SÓLO LA PUNTA DEL ICEBERG

Eva María Esparza Meza

aunque también se encuentra el otro extremo, aquellas cuyo exceso de preocupación se convierte en angustia patológica (Winnicott, 1960a).

Dentro de este tenor, Castoriadis-Aulagnier (1975) planteó que el fracaso en la investidura fetal, sienta las condiciones para el desarrollo de la psicosis, entre éstas se encuentra la ausencia del deseo de hijo, la falta de placer en la concepción, el displacer de un embarazo, fuente de sufrimiento “vivido a menudo como una prueba penosa, somáticamente mal soportada” (p. 202); a lo que se suman las experiencias de soledad, odio y conflictos entre la pareja, violencia, depresión, factores que dificultan o impiden el establecimiento de la relación imaginaria con el niño en gestación. De este modo, los enunciados en relación al origen del niño lo describirán como un accidente biológico, producto de la desavenencia, el desdén o el odio; con ello, el niño es despojado desde antes de nacer de su singularidad (Aulagnier, 1986a).

Como podemos darnos cuenta, es necesario otorgarle mayor importancia a los acontecimientos significativos que suceden antes del nacimiento, alrededor del parto, en las primeras horas y días posteriores al nacimiento, así como en los primeros meses y años de la vida (Winnicott, 1958). Según Winnicott (1949) los orígenes tanto de un desarrollo emocional sano como de otro que no lo es, se ubican antes del nacimiento, durante el embarazo y es que la gestación es un período esencialmente ambivalente, que si marcha bien sienta las bases del posterior desarrollo afectivo del bebé, ya que todo se dispone para acogerlo en un ambiente de alegría y aceptación; por el contrario, si las cosas no funcionan bien, el embarazo no se acompaña de placer, es vivido como una calamidad, quedando impregnado de la pulsión de muerte; de lo que se desprende que el parto será vivido como una desgarradura, una pérdida que tendrá consecuencias funestas en la instauración de la relación madre-infante (Aulagnier, 1986a).

4.4. El encuentro con el mundo.

Habitualmente el niño llega a un mundo donde se le espera, se ha acondicionado para él un espacio físico y psíquico entre los que lo rodean, por ello, el nacimiento es quizá el evento más importante de nuestras vidas; el parto suele ser un acontecimiento trascendente en la vida de la mujer embarazada, anhelado pero temido. Para la mayoría de los individuos, el proceso de nacimiento suele transcurrir sin mayores dificultades, circunstancia paradójica, ya que por una parte se festeja como un evento dichoso al que denominamos alumbramiento, dar a luz, cuyo significado implica la noción de creación, ser iluminado. No obstante, también referimos el parto como “aliviarse”, lo que sugiere la equiparación del embarazo con enfermedad. De cualquier modo, no debiésemos desdeñar la importancia de la experiencia del nacimiento: la primera página en la historia de toda persona.

Esta historia, comenta Castoriadis-Aulagnier (1975), está estrechamente ligada a la experiencia de vivir: “Vivir es experimentar en forma continua lo que se origina en una situación de encuentro: consideramos que la psique está sumergida desde un primer momento en un espacio que le es heterogéneo, cuyos efectos padece en forma continua e inmediata” (p. 30); el cuerpo del bebé se encuentra al nacer con el mundo circundante y la psique materna, a partir de este encuentro, la actividad psíquica comienza a operar moldeando una primera representación de sí misma; diremos que lo que inaugura la vida psíquica, es la concurrencia del cuerpo sensorial del recién nacido con el espacio psíquico de la madre y del afecto presente en la confluencia de estos dos espacios, sea de placer o displacer; al mismo tiempo, lo que la madre sienta en ese encuentro depende de la satisfacción al tener el niño, del temor, del displacer en ser madre, del contraste entre la imagen del cuerpo que ella había soñado para su bebé y el cuerpo real que encuentra, que en términos generales no deberá ser tan distinto ni tan extraño a los ojos maternos; de lo contrario, la herida narcisista de la madre propiciará el surgimiento de un conflicto inmediato que en ocasiones puede ser insalvable (Aulagnier, 1986b; Castoriadis-Aulagnier, 1975).

LOS SÍNTOMAS DEL TDAH, SÓLO LA PUNTA DEL ICEBERG

Eva María Esparza Meza

De acuerdo con Castoriadis-Aulagnier (1975) el niño nace en un espacio relacional donde el ámbito psíquico de la madre, comprende los enunciados que conciernen al niño desde antes de su advenimiento; en este sentido, la madre se erige en la portavoz del discurso cultural que antecede y funda la vida psíquica del niño y mediante el cual “transmite, bajo una forma predigerida y premodelada por su propia psique, las conminaciones, las prohibiciones” (p. 33), elemento estructurante de la psique que la autora denominó “violencia primaria”, coincidiendo con la aseveración de Freud (1940[1938]) en relación a que el niño deviene un ser civilizado bajo el influjo de la cultura, para lo cual será imprescindible la tramitación de la frustración derivada de las experiencias traumáticas a que todo individuo está sometido.

Sabemos que el niño al nacer es un ser que depende del acomodo de un conjunto de condiciones que, además de asegurar y dar sentido a su existencia, activen la vida psíquica; en este aspecto, la función de los padres es garantizar un entorno donde el niño pueda encontrarse a sí mismo, desarrollarse como persona y descubrir el mundo; de este modo, las bases de una estructura psíquica sana se asientan en la enunciación del amor, lo que implica que su llegada al mundo fue fuente de placer y satisfacción para sus padres; vemos como desde el principio de la vida, el bienestar emocional se apunala en una relación madre-bebé afectuosa, íntima y estable que proporcione dicha y placer a ambos miembros de la diada. Cabe aclarar que si bien en esta relación la madre desempeña un papel esencial, de ninguna manera se excluye al padre, figura valorizante cuyo apoyo es imprescindible para que la madre pueda realizar su función, aunque también vale decir que, en el discurso de ésta, aparecen las señales de su relación con el padre, de su presencia o de su ausencia (Aulagnier, 2002; Castoriadis-Aulagnier, 1975; Freud, A. 1971; Winnicott, 1957).

El punto de partida de la actividad psíquica del niño, corresponde a una representación pictográfica originada en la experiencia de placer, producida por el encuentro entre el cuerpo sensorial (ojos, piel, oídos, boca) del niño y la madre (en

LOS SÍNTOMAS DEL TDAH, SÓLO LA PUNTA DEL ICEBERG

Eva María Esparza Meza

su dimensión física y psíquica). Así, el pictograma es la representación de la puesta en escena de una relación donde se ha metabolizado un afecto: el placer de su existencia, de la reunión de una boca con un pecho, que Aulagnier (1986a) considera el “objeto primordial en torno al cual el sujeto ordenará sus primeros valores” (p. 294).

Otra cosa ocurre cuando el nacimiento no representa ningún placer para los padres, entonces se inscribirá un pictograma de rechazo en la incipiente psique del niño, pictograma correspondiente al enunciado de un no deseo de hijo, de un embarazo sobrellevado a duras penas; el nacimiento será abiertamente declarado como una escenario problemático, un fracaso de la madre, infortunio biológico apenas soportable, evento donde el deseo del padre no se manifiesta porque no ha podido o no ha querido ocupar un papel valorizante (Castoriadis-Aulagnier, 1975); en este caso, el niño adviene a un entorno donde su “deseo de ser deseado” (p.203) no encuentra respuesta o bien recibe una respuesta falsa; de esta forma, la libidinización inicial es defectuosa, donde debiera estar inscrito el placer se registra una falla, el encuentro resulta marcado por la representación de rechazo, de odio, Castoriadis-Aulagnier (1975) señala: “el pictograma del rechazo es universal, es la representación que forja lo originario acerca de todo aquello que puede ser fuente de una experiencia de displacer” (p.204) y que influirá en la dificultad del niño para “la catectización autónoma del propio cuerpo” (p. 205).

Dentro de este mismo tema, Green (1983) considera que el nacimiento es, por sí mismo, un suceso catastrófico del que el niño se recupera gracias al holding de la madre, cuya finalidad es proveer un “anidamiento externo” (p.129) lo más similar posible al que tenía en el vientre materno; sin embargo, en ocasiones pueden ocurrir incidentes que agudizan esta situación catastrófica, generando una intensa angustia tanto en la madre como en el niño, por algo se ha hablado del trauma del nacimiento desde los tiempos de Freud (1905). De hecho, la noción de nacimiento catastrófico de Green, se fundamenta en la concepción de Freud vertida en el trabajo sobre “la angustia” (1917 [1916-17]) del nacimiento como prototipo de

LOS SÍNTOMAS DEL TDAH, SÓLO LA PUNTA DEL ICEBERG

Eva María Esparza Meza

situación angustiante, angustia de separación de la madre, o mejor dicho, de las condiciones protectoras del vientre materno; angustia que representa una señal de peligro, situación displacentera por el incremento en la tensión, que puede constituirse en factor traumático; en el niño esta primera angustia es “una angustia tóxica”, donde “destaca el rasgo de la falta de aliento” (p. 361).

Según Winnicott (1949) el bebé está preparado para la experiencia del nacimiento, de ahí que no tenga mayor significación, pero cuando tienen lugar acontecimientos que rebasan la capacidad del niño, el nacimiento se vuelve traumático; un trauma de nacimiento intenso o como Marucco (2006) lo denomina “trauma del desamparo”, ocurre cuando las experiencias traumáticas anulan el principio de placer, horadando la barrera protectora antiestímulos, lo que altera y empobrece la economía energética y puede provocar daños permanentes en la estructuración psíquica del niño (Freud, 1920); fundamentalmente porque al inicio de la vida, el bebé es incapaz de dar sentido al suceso traumático que queda en calidad de irrepresentable; situación que para Roussillon (1995) se trata de un trauma perdido, trauma psíquico/prepsíquico que tiene consecuencias en la estructuración psíquica, pero que ocurrió antes de que se pudiera registrar una representación psíquica, porque antecedió a la integración del yo y por lo tanto no dejó huella representativa, sus vestigios se evidencian a través de una fragilidad que genera síntomas en el orden de lo psicossomático, del narcisismo negativo o de la escisión psicótica. Este trauma se caracteriza porque desborda la capacidad de ligazón de la incipiente estructura psíquica.

Así pues, desde el nacimiento mismo o incluso antes, el niño experimenta tanto sensaciones de placer como de displacer, es en relación a éste que el trauma de nacimiento se acompaña de experiencias de sufrimiento. Acerca de éste, Aulagnier (1986b) escribe: “la experiencia del sufrimiento no es ni más ni menos importante que la del placer: ambas son necesarias y ambas son insoslayables” (p.131); es función de la madre y la familia en su conjunto, asegurar el bienestar del niño, pero cuando el cuerpo del niño envía señales de un mal funcionamiento,

LOS SÍNTOMAS DEL TDAH, SÓLO LA PUNTA DEL ICEBERG

Eva María Esparza Meza

se anuncia una condición amenazante. La experiencia de sufrimiento en los albores de la vida, involucra la actuación de la pulsión de muerte, cuya presencia siempre es alarmante porque implica el intento de obstaculizar la investidura, “no tanto de un objeto sino de una relación” (Aulagnier, 1986a, p. 262). Son muchos los incidentes (aspiración de meconio, prematurez, bajo peso, hipoxia, sufrimiento fetal) que pueden ocurrir durante el nacimiento y se convierten en fuente del sufrimiento para el recién nacido, un cuerpo que queda sin protección, una amenaza mortífera representan esta experiencia de la que el neonato no puede escapar; el sufrimiento corporal del recién nacido que presenta problemas, impone también un sufrimiento en su incipiente aparato psíquico, incapaz todavía de metabolizar el exceso producido por el acontecimiento, que nos remite al desamparo como indicador de una representación pictográfica de sufrimiento.

En esta fase temprana de la vida, nos dice Aulagnier (1986a) “el sufrimiento orgánico es un sufrimiento psíquico” (p. 275); el sufrir de un ser desvalido no puede ser ignorado por la madre, quien mediante su amoroso cuidado (podríamos decir su sostén) puede consolar o hacer más tolerable el sufrimiento al niño; pero si la realidad de un cuerpo sufriente se extiende durante un tiempo prolongado y la madre es incapaz de confortar el sufrimiento del bebé o reacciona con indiferencia, agresividad, decepción, enojo o angustia desbordada, se corre el riesgo de afectar la relación futura del niño con su propio cuerpo y con la realidad (Aulagnier, 1986b). La realidad del cuerpo indefenso de un niño que afronta problemas al nacer nos indica, como señalara Freud en el Yo y el Ello (1923), que la vida misma es producto de la lucha entre las pulsiones de vida y de muerte; en la gran mayoría de los casos triunfa Eros, pero la pulsión de muerte produce una falla que interfiere con la investidura narcisista y amenaza el proceso de estructuración psíquica.

En torno al sufrimiento, Green (1983) planteó que del dolor sentido en el cuerpo se pasa al nivel psíquico, el sufrimiento es producto de una herida narcisista, herida que provoca una pérdida en la consistencia del yo, que por así decirlo “queda

sentida” (p.141), lo que involucra el riesgo de la desorganización. El sufrir del niño rebela el efecto de la pérdida, pero desconoce la naturaleza y fuente del sufrimiento (Green, 1993); el dolor se relaciona más con el trauma que con la frustración, ya que ocurre por una pérdida, donde el elemento crucial radica en que el sujeto se encuentra “en un estado de no preparación” (Green, 1983, p. 144). Por otra parte, dada la vulnerabilidad del yo, los traumas repetitivos pueden provocar que la herida se vuelva abrir, dejando una “experiencia traumática interna continua” (p. 145), situación que ensancha el agujero psíquico producido por la herida narcisista original.

4.5. Narcisismo y narcisismo negativo.

El narcisismo es un proceso estructurante del psiquismo, desde el comienzo de la vida, la energía de Eros o libido se deposita en el yo-ello aún indiferenciados, contrarrestando las tendencias destructivas que corren simultaneas y son derivadas de la pulsión de muerte (Freud, 1940 [1938]). Para Freud (1914, 1915) el narcisismo se refiere al amor a sí mismo y corresponde a una fase temprana del desarrollo del yo en relación con los objetos externos, de tal modo que el afuera interviene en la conformación del adentro e influye en la diferenciación entre el placer y el displacer, así como entre el yo y no-yo, es decir, entre sujeto y objeto; lo clasifica en primario y secundario, siendo el primero aquel que se refiere a la concentración de libido en el yo; en tanto que el segundo tiene que ver con la libido sustraída de los objetos para reorientarse hacia el yo. El narcisismo es una acción psíquica que se añade al autoerotismo, contribuye al desarrollo y fortalecimiento del yo, éste se constituye en el reservorio de libido desde donde se inviste el mundo exterior; con base en el narcisismo el “interés yóico” inviste libidinalmente a los objetos o bien retira de éstos el interés o investiduras; es esta posibilidad de investidura y retirada de libido por la que el niño tiene en alta consideración el poder de sus deseos, de sus actos psíquicos, su creencia en su propia omnipotencia.

LOS SÍNTOMAS DEL TDAH, SÓLO LA PUNTA DEL ICEBERG

Eva María Esparza Meza

Freud planteó en “La teoría de la libido y el narcisismo” (1917 [1916-17]) que el narcisismo “es el estado universal y originario a partir del cual sólo más tarde se formó el amor de objeto, sin que por eso debiera desaparecer aquel [el narcisismo]” (p.378). El narcisismo guarda una estrecha relación con el amor prodigado al bebé por los padres, Freud (1914) plantea que el niño es amado por la madre desde su propio cuerpo, es decir desde su propio narcisismo, este amor maternal proviene del resurgimiento del narcisismo reprimido. El vínculo afectivo entre los padres y el bebé está impregnado por la sobrestimación, se tiende a depositar en el niño todos los atributos de perfección, quedando exento de toda crítica se hacen a un lado sus defectos. De esta forma, el niño se vuelve un objeto de amor idealizado, el centro de la creación, su “Majestad el bebé”. El narcisismo representa la esperanza de los padres para alcanzar los ideales que no pudieron cumplir ellos mismos, en palabras de Freud:

Debe [el bebé] cumplir los sueños, los irrealizados deseos de sus padres; el varón será un grande hombre y un héroe en lugar del padre, y la niña se casará con un príncipe como tardía recompensa para la madre... El conmovedor amor parental, tan infantil en el fondo, no es otra cosa que el narcisismo redivivo de los padres (Freud, 1914, p. 88).

El narcisismo posibilita la instauración del yo-placer, debido a que durante la infancia el ser humano se encuentra desvalido y requiere ser cuidado, sus necesidades son satisfechas desde afuera, situación que prolonga el estado narcisista primario. Por otra parte, dado que en esa época de la vida, la búsqueda principal es el placer, el mundo exterior resulta indiferente y coincide con el displacer (Freud, 1915); esta condición perdura hasta que el yo se ha fortalecido y es capaz de investir libidinalmente a las representaciones de objeto (Freud, 1940 [1938]). Investidura que, de acuerdo con Freud (1914), se efectúa a partir de dos modalidades de elección de objeto: siguiendo el “tipo narcisista” se elegirá conforme lo que uno es, lo que fue, lo que se querría ser y a lo que formó una

LOS SÍNTOMAS DEL TDAH, SÓLO LA PUNTA DEL ICEBERG

Eva María Esparza Meza

parte de sí mismo; de acuerdo con la modalidad de “apuntalamiento”, las opciones se basan en el modelo de mujer nutricia o bien de hombre protector.

Tener al niño ideal satisface el narcisismo paterno, pero en ocasiones el niño no corresponde al ideal de los padres, no es el bebé magnífico que esperaban, entonces el narcisismo se organiza en torno a lo que no es, ni será, un fracaso narcisista de los padres, que se transfiere al niño y a partir del cual será visto no con los atributos positivos, sino con los negativos. El narcisismo parental queda insatisfecho produciendo una herida narcisista, ante lo cual la reacción de los padres puede tomar dos caminos: compensar a través del exceso de amor, o privar de amor al hijo que no es lo que esperaban (Freud, 1933 [1932]).

Para Winnicott (1963a) el narcisismo primario se corresponde con la etapa de dependencia absoluta, en donde el bebé le parece a la madre una parte de ella misma, mediante su devota entrega crea en el niño la ilusión de omnipotencia, ilusión que le permite crear un mundo que está ahí para ser descubierto por el infante, base de la creatividad.

Conforme el desarrollo avanza, el narcisismo se desplaza hacia el yo ideal, éste es heredero del concepto de su Majestad el bebé; el yo se valorará en función de ese ideal que adopta las características de una consciencia moral instituida desde la instancia crítica personificada por los padres, los maestros y otras personas del entorno del niño. De hecho, la tendencia a la represión se origina en esa prohibición o impedimento que al comienzo proviene del mundo externo. Así mismo, según Freud (1914) el sentimiento de sí guarda estrecha relación con el narcisismo, se presenta como una grandeza del yo que se incrementa a través de cada logro, guardando los restos del primitivo sentimiento de omnipotencia; la sensación de ser amado engrandece el sentimiento de sí, ya que una de las principales satisfacciones narcisista de la vida radica en ser amado, en tanto que, la vivencia de no ser amado lo disminuye.

LOS SÍNTOMAS DEL TDAH, SÓLO LA PUNTA DEL ICEBERG

Eva María Esparza Meza

En torno a la cuestión del narcisismo, Castoriadis-Aulagnier (1975) considera que la forma en que los padres libidinizan al bebé, se relaciona con el discurso que, sobre la realidad, se impone desde el medio social en el que están inmersos, que ejerce también un efecto anticipatorio del modelo social dominante sobre el niño y le asegura un lugar dentro del grupo, a cambio de que en el futuro él mismo preserve la transmisión cultural. De este modo, a la libidinización del bebé que con anticipación realizó el grupo social en su conjunto y la pareja parental como representantes de éste, la autora lo denominó contrato narcisista; el compromiso con este contrato conlleva efectos estructurantes en el psiquismo del niño. Sin embargo, cuando la madre, el padre o ambos disuelven el contrato, ya sea por la falta de compromiso o porque la realidad social se encuentra alterada, se produce una deslibidinización que significa una falla en la estructura psíquica del niño y coloca en riesgo el logro de su autonomía como sujeto pensante.

En la época actual, la contribución de Green al tema del narcisismo ha sido fundamental tanto para el entendimiento del funcionamiento psíquico, como de la psicopatología; para este autor (1983), el narcisismo representa un triunfo de Eros, investidura libidinal del yo que permite la unificación de una psique que en su origen se encuentra fragmentada y dominada por el placer; en este sentido, el narcisismo es consecuencia tanto de la ligazón como de la religazón, es decir, proviene de la fusión con el objeto fuente de la identificación primaria; el amor por sí mismo procede del amor que el niño ha obtenido de los objetos, de esta forma, la narcisización, el amor por sí mismo, asegura la integración del yo. El narcisismo tiene su punto de partida en la idealización de los padres sobre el niño, más tarde éste también, como reflejo de esta situación, idealizará a las figuras parentales, de ahí la experiencia de sobreestimación de sus pensamientos; si bien, tarde o temprano resigna estos ideales, lo que implica la renuncia a la omnipotencia y por lo tanto a la gratificación narcisista; entonces el narcisismo se volverá el “objeto interno sustitutivo que vela por el yo como la madre vela por el hijo” (p.50).

LOS SÍNTOMAS DEL TDAH, SÓLO LA PUNTA DEL ICEBERG

Eva María Esparza Meza

El narcisismo está estrechamente vinculado con la cuestión de las relaciones de objeto, al respecto Green (1983) apunta que el narcisismo se constituye a través de la creencia en el amor del objeto, es decir, del sentimiento de ser amado provisto por el objeto externo en su papel de yo auxiliar, esta acción es estructurante porque contribuye a la constitución de una “organización relativamente estable”; de este modo: “la narcisización será tanto más fuerte si el objeto investido decepcionó. No frustración, sino decepción” (p. 136); esta decepción permite la separación especialmente si tanto el padre como la madre (internos y externos) fueron objetos “desilusionantes”, en el sentido de no ser fiables; cuando los objetos fueron desilusionantes demasiado pronto, al yo solamente le queda la ilusión de su omnipotencia.

Cuando no se logra una adecuada narcisización y el espejismo de la unificación no tiene lugar; entonces, en vez de un narcisismo positivo, se presenta su reverso: el narcisismo negativo, resultado de la interacción entre el narcisismo y la pulsión de muerte (Green, 1983). Lo negativo, dice Green (1993), tiene distintas acepciones: a) opuesto a positivo; b) de valor equivalente pero inverso; c) ausencia de algo que estuvo presente pero ya no está, continúa existiendo aunque ya no es perceptible para los sentidos y d) significación de la nada que “remite a lo que ha sido y no es más”, implica también “algo que no llegó nunca a la existencia” (p.35). En el narcisismo estructurante, las pulsiones de vida tienen la finalidad de garantizar la ligazón, su función es objetalizante, mediante la investidura se crea una relación con el objeto interno y externo; en contraste, en el narcisismo negativo, la pulsión de muerte despliega una función de desligazón o desobjetalización, destinada a destruir tanto la investidura como la relación con el objeto, incluyendo todos sus sustitutos.

Para Green (1983, 1993), la característica principal de la patología narcisista es la negatividad de la carencia, productora de grandes heridas, en donde en ocasiones están implicados ambos padres; heridas distintas a las que la vida nos depara a todos los seres humanos, porque generan una vulnerabilidad nociva para el yo, de

la que difícilmente se pueden recuperar algunos individuos. De este modo, el narcisismo negativo nos acerca “a la inexistencia, la anestesia, el vacío, lo blanco” (1983, p. 38), búsqueda regresiva a la nada.

4.6. Relación madre – hijo.

Como hemos visto en los puntos antes tratados, la relación del niño con su madre juega un papel de suma importancia en la estructuración psíquica. Recapitulando podemos identificar que la investidura comienza desde el deseo de hijo, se continúa durante la gestación donde realmente se inaugura la relación madre-hijo; aunque será hasta el nacimiento cuando dicha relación se establezca en todo sentido. Sobre este tópico Freud (1923) señaló que el yo, al principio de la vida es esencialmente cuerpo y percepción, en su desarrollo las identificaciones tempranas con el primer objeto amoroso son cruciales y tienen un efecto duradero sobre el psiquismo.

Según Freud (1905), la condición de larga dependencia infantil influye en que la madre se constituya en el primer objeto amoroso; tanto para la niña como para el niño, la madre se instituye para toda la vida en el primero y más intenso objeto de amor, paradigma de todas las relaciones posteriores. Al inicio de la vida, esta relación se apuntala en la función nutricia, después se desliga de ésta debido a la excitación y satisfacción generada por las caricias, besos, arrullos y en general, todos los cuidados que la madre proporciona al bebé. Freud (1905) comenta que, mediante estas acciones se instala la ligazón con la madre, así, ella enseña al bebé a amar; aunque el exceso de mimos coadyuva a las posteriores dificultades del niño para renunciar y posponer la satisfacción.

Por otra parte, como refiere Aulagnier (1986b), resaltar el papel materno no implica la exclusión del padre; desde antes del nacimiento, el padre representa un soporte importante, aunque su presencia o ausencia se hará sentir a través del discurso de la madre, para la mayoría de los individuos, es la madre quien:

“cumple un papel alimentario privilegiado, al ofrecer el pecho o el biberón, aportando al infans –por deseo o por deber- una satisfacción vital” (p. 139).

4.6.1. El pecho materno: primer objeto.

Antes que a la madre, el niño encuentra el pecho y establece una relación libidinal con él. Freud (1917 [1916-17]), en el trabajo “La vida sexual de los seres humanos”, comenta que la vivencia de placer obtenida del pecho materno inaugura la vida sexual del niño; así, el pecho materno significa el primer objeto de la pulsión sexual, vale decir, amorosa: “no puedo darles una idea de la importancia de este primer objeto para todo hallazgo posterior de objeto” (p. 287); luego el niño buscará con ahínco repetir el placer proporcionado por el pecho, cuando no lo encuentra recurrirá a una parte de su propio cuerpo para prodigárselo. Al comienzo de la vida, el pecho no es identificado como un objeto externo, el niño lo considera como parte de su cuerpo; solamente más tarde podrá reconocer su ajenidad y ubicará a la madre como el objeto que nutre y al mismo tiempo provoca un sin número de sensaciones tanto placenteras como displacenteras. En este tenor, Green (1993) refiere que la relación con el objeto no está limitada a la necesidad, el placer es el lazo que une al yo con el objeto; ante ciertas circunstancias, el yo busca obtener estas sensaciones agradables a través de su propio cuerpo, éste sustituye al objeto.

El período de lactancia, escribe Freud (1917 [1915]), suele producir tanta satisfacción, que el individuo queda adherido a esa época, de ahí que la separación de la madre resulte tan angustiante; por esta razón, la vida se convierte en un constante deseo de retorno a esa satisfacción o bien es una búsqueda permanente cuando ha faltado, aunque para ello se tenga que recurrir a modalidades de satisfacción desplazadas, mediante el surgimiento de síntomas. Es precisamente la búsqueda constante de placer, lo que caracteriza el modo de funcionamiento bajo el proceso primario (Freud, 1940 [1938]).

Al respecto, Winnicott (1960a) planteó que la relación madre-bebé se fundamenta en un proceso identificatorio donde la madre es el bebé y éste es ella. Si bien el vínculo amoroso entre madre e infante nace apuntalado en la función nutricia, el cuidado del niño va más allá de lo biológico, importa la satisfacción de las necesidades psicológicas y emocionales (Winnicott, 1947); la capacidad del niño para crear una relación subjetiva con el pecho nos dice Winnicott (1971), depende del estado de preocupación maternal primaria que posibilita la adaptación casi total de la madre a las necesidades del bebé; mediante ésta, ella contribuye a crear en el bebé la ilusión de que el pecho forma parte de él: “Por así decirlo, parece encontrarse bajo su dominio mágico” (p. 28). Es conveniente aclarar que para este autor, el término pecho representa los cuidados maternos: “la palabra pecho se usa para denominar la técnica de crianza tanto como la carne real. Es imposible ser una madre bastante buena si se usa un biberón para la alimentación” (Winnicott, 1971, p.29). De este modo, para el establecimiento de una relación efectiva con el objeto primario, es necesario el contacto físico, la proximidad con el cuerpo cálido de la madre, dispensador de un placer que a todas luces, es inigualable; aunque más tarde el niño encuentre satisfacción en la relación con otros objetos, como sería el caso del padre, estas investiduras, comenta Green (1993) no podrán competir con las generadas por la madre.

De este planteamiento se desprende que, cuando el niño y la madre tienen dificultades para establecer una relación sobre la base de lo que significa el pecho materno, además de surgir complicaciones de tipo alimentario, se sientan las condiciones para problemas emocionales en el desarrollo del niño. Vislumbramos que el pecho es tanto nutriente como objeto investido, de ahí que más que ninguna otra función, la alimentación inaugura el primer eje de interacción del niño con otro (inicialmente el pecho como objeto parcial, después la madre como objeto total) (Marcelli y Ajuriaguerra, 2004); sin embargo, las necesidades del mundo moderno han influido para que entre el pecho materno y la boca del niño se interponga un objeto inanimado (el biberón); en este sentido, para Langer (1987) la madre inserta en el sistema productivo, usualmente ha dejado de lado la

LOS SÍNTOMAS DEL TDAH, SÓLO LA PUNTA DEL ICEBERG

Eva María Esparza Meza

lactancia, pero en ello también se involucran aspectos psicológicos como el rechazo inconsciente a la maternidad, frustraciones en su propia infancia, actitudes hostiles y de desprecio encubiertas hacia el niño.

Aulagnier (1986a) parte también de la postura de Freud del pecho como primer objeto significativo (placentero o displacentero): “el primer objeto que el niño encuentra no es la madre sino el pecho... será necesario que transcurra un lapso para que se realice una suerte de equivalencia simbólica entre el pecho, la madre y su palabra” (p. 293); el pecho es en la fase oral el representante del mundo, realidad exterior, a partir de la cual se establecen los primeros valores en relación tanto al orden simbólico como imaginario. En palabras de Castoriadis-Aulagnier (1975): “en el momento en que la boca encuentra el pecho, encuentra y traga un primer sorbo del mundo” (p.38), así, se establece una relación boca-pecho en donde el significante es el pecho, que solamente adquiere ese valor en tanto haya una boca que lo reciba y que a su vez se convierte en la primera parte del cuerpo investida; experiencia sensorial paradigmática de las relaciones futuras del bebé y de la representación de la realidad, porque lo que la madre ofrece a través del pecho es tanto alimento para el cuerpo como para lo psíquico. La experiencia de la lactancia es fundamental para el comienzo de la actividad de representación, cuyo requisito es la presencia de un placer mínimo indispensable para la libidinización del cuerpo, ya que involucra no solamente el placer oral, sino también del oído, la vista, el olfato y el tacto.

La fuente de placer en esos primeros momentos de la vida, radica en la fusión de dos objetos parciales complementarios (boca-pecho); no obstante, a la par de los placeres dispensados, la ausencia, el exceso o el déficit, son factores generadores de displacer y sufrimiento, aspectos que influyen en la creencia del bebé, no solo en la maldad del pecho sino también de la zona (órgano) complementaria, lo que de entrada produce una desobjetalización (Aulagnier, 1986a).

4.6.2. La depresión materna y el complejo de la “madre muerta”.

Hemos visto que los cuidados maternos tienen un papel sobresaliente en la construcción de la estructura psíquica, por ende, las fallas en las funciones maternas afectan dicha estructuración. En general, es posible afirmar que los padres con trastornos graves, ya sea de tipo psicótico o neurótico, incurren en múltiples faltas en la crianza de sus hijos, especialmente cuando el niño queda atrapado en la enfermedad parental (Winnicott, 1959); en este sentido, merecen especial atención los efectos que la depresión materna produce en la estructura psíquica del infante. La depresión es la respuesta a una pérdida en el nivel del narcisismo (Green, 1983), su característica más sobresaliente es el retiro libidinal, lo que perjudica la economía psíquica de la persona; puede ocurrir que el embarazo genere en la mujer una amenaza del retorno de lo reprimido tal, que descompense su sistema defensivo y produzca síntomas depresivos que se harán más patentes durante el parto o posterior a éste, corriendo el riesgo de que el parto sea vivido como una pérdida narcisista que afectará, desde el primer momento, la investidura del bebé (Aulagnier, 1986a).

Ya Winnicott (1959) nos había señalado que una madre deprimida, sumida en sus propias preocupaciones, es incapaz de prodigar afecto y desatiende a sus hijos, introduciendo un elemento negativo (incompatible a la experiencia de placer) en la tendencia madurativa del infante; no enseña a amar (Freud, 1923) porque su retiro libidinal la vuelve inaccesible al niño, que vive la depresión materna como abandono, para Winnicott esta circunstancia está relacionada con la tendencia antisocial manifestada por algunos niños.

En torno de la depresión materna y sus efectos en el infante, Aulagnier (1986b) considera que para una madre deprimida, el bebé no significa el soporte que pueda mitigar su angustia, es por ello que la depresión constituye una de las principales causas de la experiencia de desamparo del bebé, básicamente porque en los contactos físicos (al alimentar, asear o tocar) de una madre deprimida no existe placer, lo cual tiene efectos destructivos para la estructuración psíquica del

LOS SÍNTOMAS DEL TDAH, SÓLO LA PUNTA DEL ICEBERG

Eva María Esparza Meza

infante, quien no recibe la ingesta de placer necesario para echar andar su vida psíquica y representarse la satisfacción. La depresión materna es uno de los factores productores de una experiencia traumática temprana, que influye en la emergencia del sufrimiento; de entrada el bebé es una representación mutilada, le llevará tiempo superar esta desinvestidura que lo desposeyó de su papel en la historia familiar y que dejará huellas permanentes en su funcionamiento psíquico.

Para Green (1983), la depresión materna transforma la investidura libidinal en su opuesto: desinvestidura masiva en el orden del narcisismo negativo que tratará de ser remediada por el infante mediante expresiones de destructividad y odio; la pérdida del objeto ocasionada por la depresión puede producir un duelo negro o blanco, éste último relacionado estrechamente con los estados de vacío, aspecto que implica la formación, dice el autor, de “agujeros psíquicos”. Una madre deprimida, es para el niño el equivalente de una madre muerta, psíquicamente hablando; por esta razón, Green denominó a esta situación empleando la metáfora de “madre muerta”: “el rasgo esencial de esta depresión es que se produce en presencia del objeto, él mismo absorbido por un duelo. La madre por alguna razón se ha deprimido” (p. 216). Esta depresión puede tener diversos orígenes, pero indiscutiblemente involucra un trauma narcisista, perforación de una antigua herida narcisista, cuya manifestación primordial radica en el desinterés de la madre por el niño, lo que implica la aparición de un “núcleo frío” que dejará profundas huellas psíquicas, pues el infante no solamente se enfrenta a la pérdida del objeto, sino también a una pérdida de sentido, ya que “no dispone de explicación alguna para dar razón de lo que ha sobrevenido” (p. 216).

En estos casos es frecuente encontrar una triangulación precoz y deformada, en donde la figura del padre y el objeto productor del duelo son el mismo; así, el niño atribuye la causa del desinterés materno a la investidura del padre (objeto recién descubierto) hacia la madre. Sin embargo, el peor escenario para el niño, estriba en que no haya un objeto que lo rescate, un padre inaccesible, borrado o descalificado (Rousillon, 1995), combinado con una madre muerta significa una

terrible adversidad para la precaria estructura del niño, el único recurso de su vulnerable yo es recurrir a la “desinvestidura del objeto materno y a la identificación inconsciente con la madre muerta” (Green, 1983, p. 217); así mismo, aparece una reacción de odio consecutivo a la pérdida de sentido, el niño puede desarrollar una posición anal con la intención de controlar, humillar o vengarse del objeto inaccesible, la finalidad es mantener al yo vivo, resucitar a la madre muerta o rivalizar con el objeto productor del duelo.

La depresión materna, no es ambivalente, más bien se caracteriza porque la madre prodiga unos cuidados corporales adecuados, lo predominante es la ausencia afectiva de “una madre indiferente, fría, inalcanzable” (Rousillon, 1995, p. 258); ofrecimiento de un “amor helado” nos dice Green (1983, p. 222), de ahí las reacciones de odio y destructividad del infante. Es esta situación de indiferencia materna, lo que Green (1993) considera como la disposición del objeto para colocar en peligro la estructuración psíquica, que promueve la fijación en la analidad, lo que de algún modo protege al niño de la pérdida de sentido y de la salida hacia una regresión a la oralidad donde predomina el pecho muerto, desinvestidura objetal que ante la sensación de vacío y desamparo, dejaría en mayor fragilidad psíquica al niño.

4.7. Funciones maternas: de la no integración a la integración.

Un bebé no existe solo, su estado de vulnerabilidad al nacimiento lo obliga a estar dentro de una relación de la que ni siquiera es consciente, de ahí la importancia de la madre que funge, de acuerdo con Winnicott (1947, 1952), como un yo auxiliar promotor de la integración del self. Lo que en Castoriadis-Aulagnier (1975) es el equivalente a la función de prótesis desempeñada por la psique materna y mediante la cual, el niño construye una imagen de la realidad del mundo.

El papel de la madre es fundamental para el desarrollo y fortaleza del yo, Freud (1914, 1940 [1938]) sugiere que al principio el yo no está integrado, es más bien frágil, se desarrolla gradualmente y se enriquece a partir de las experiencias

LOS SÍNTOMAS DEL TDAH, SÓLO LA PUNTA DEL ICEBERG

Eva María Esparza Meza

proporcionadas por el entorno, en la medida que el yo se fortalece protege al niño de los peligros internos; en tanto que, en los primeros años, de las amenazas externas es protegido por sus padres, por esta dependencia es que surge la intensa angustia ante la inminencia de la pérdida del amor parental. A través de los cuidados, la madre cumple su cometido de enseñar al niño a amar, cuando esto no ocurre, falla la narcisización y entonces el individuo enferma: cesa o no puede amar, su sufrimiento conduce al retiro libidinal con el que previamente había investido a los objetos, replegando el interés hacia su propio yo (Freud, 1923). Dentro de este contexto, Winnicott (1962a, 1965a) planteó que la integración del yo es un proceso continuo, aunque nunca se alcanza una integración absoluta, ésta se logra progresivamente a partir de un estado original no integrado que comienza con el narcisismo primario y conduce a la personalización. La integración del yo depende, en gran parte, del yo auxiliar proporcionado por la madre y de sus fallas adaptativas regulares, es decir del cuidado maternal suficientemente bueno.

Para Winnicott (1955, 1960a, 1962d, 1963b) el entorno también representa un componente estructurante, gracias a un ambiente facilitador donde la madre tiene la función de yo auxiliar sostenedor, al adaptarse adecuadamente a las necesidades del infante, así como a los gratificantes intercambios entre el adentro y el afuera, se consigue paulatinamente una mayor integración y fortaleza del yo. Antes de la integración el niño no se diferencia de la madre, tampoco hay una distinción entre el adentro y el afuera porque todo esto lo realiza el yo auxiliar materno. En el camino hacia la integración, el yo adquiere la solidez suficiente para organizar defensas y modos de ser propios, el niño comienza a transformarse en persona, una unidad cuerpo-psyque; de este modo, el bebé pasa de no estar organizado a ser una unidad, emerge un self, un “Yo soy” con un adentro y un afuera. El ambiente facilitador también contribuye a generar en el niño el sentimiento de confianza y seguridad en sí mismo y en el ambiente, lo que permite que del control externo, el niño evolucione hacia el autocontrol. A la inversa, cuando el ambiente no es suficientemente bueno y la madre no representa un yo

LOS SÍNTOMAS DEL TDAH, SÓLO LA PUNTA DEL ICEBERG

Eva María Esparza Meza

auxiliar, se obstaculiza tanto el proceso madurativo como el desarrollo del self, el yo no se integra suficientemente bien, ni adquiere la fortaleza necesaria para lidiar con los embates pulsionales y las exigencias del ello y del exterior, aparece la posibilidad de que surjan síntomas como la inquietud, la apatía, la inhibición.

Winnicott (1960a, 1960b, 1962b) propone que la integración psíquica y la creación del self personal solamente son posibles si existe una madre suficientemente buena, concepto que implica una madre presente, disponible, que sobrevive a los tendencias destructivas del bebé, empática, complacida ante el gesto espontáneo de su hijo y que, por lo tanto, posibilita el paso del principio de placer al principio de realidad. El niño expresa en algún momento un gesto espontáneo que corresponde a su ser verdadero, el gesto representa la presencia de un ser (self) verdadero en potencia. Cuando la madre no sabe respetar o interpretar este gesto da pie al surgimiento de un falso self. La madre que no es capaz de cumplir la ilusión de omnipotencia, no responde al gesto espontáneo, no se adecua ni interpreta las necesidades del bebé; impone su propio gesto, lo que conduce al acatamiento o sumisión del niño, entonces el proceso de integración no se logra o queda estropeado. Por otra parte, una madre suficientemente buena no necesariamente es la biológica, aunque es más probable que la propia madre sea mejor que cualquier otra persona, esta madre “es la que lleva a cabo la adaptación activa a las necesidades de éste [el bebé] y que la disminuye poco a poco, según la creciente capacidad del niño para hacer frente al fracaso en materia de adaptación y para tolerar los resultados de la frustración” (1971, p. 27).

Para Aulagnier (1986b) la interpretación de los mensajes que el niño envía es un factor importante en la investidura del cuerpo, cuando la madre falla en “decodificar” invierte el significado del mensaje, entonces deja de ver las manifestaciones de vida del bebé, de todo lo que en él es singular. En este sentido, Rousillon (1995) expresa que la falta, inadecuación o descalificación de las respuestas maternas, interfiere con la capacidad del niño para expresar sus demandas, lo que a su vez incrementa la insatisfacción.

4.7.1. Función de sostén (holding) materno y especularidad.

El sostén es una de las funciones maternas más importantes, implica tanto el sostén físico de la vida intrauterina como el cuidado adaptativo del bebé, tiene que ver con la identificación y la provisión del sentimiento de seguridad y confianza, le permite al bebé las experiencias de ser, de construir su yo personal sobre una pauta de continuidad del “seguir siendo”, que hace posible el dominio de sus impulsos para enfrentarse mejor a las dificultades inherentes al vivir. Mediante la seguridad proporcionada por los padres, el niño adquiere la capacidad de integrar los impulsos destructivos con los impulsos amorosos, cuando el niño ha logrado una buena integración, es capaz de reconocer sus propios deseos destructivos y puede protegerse a sí mismo y a sus objetos de amor. Cuando el niño vive en un ambiente que sostiene, encuentra la continuidad que otorga sentido a su existencia, a su self y con el paso del tiempo podrá acceder a la autonomía sin mayores conflictos. Las anomalías en la continuidad, dejan vestigios de lo perdido sin que a veces exista la posibilidad de recuperación, entonces ocurre lo intolerable, sea una falla en la integración o la desintegración cuando ya se había logrado la integración, esta es una de las angustias más nocivas de la infancia, produce una sensación de inseguridad, reacciones de hiperquinesia, el niño no puede controlar sus deseos agresivos; en casos extremos ocurre el surgimiento de una intensa angustia relacionada con la amenaza de fragmentación, angustia de aniquilación, sensación de desintegración, de una caída continua asociada al sentimiento de no haber sido sostenido con seguridad (Winnicott, 1947, 1952, 1960a, 1962a, 1966, 1967a, 1967b).

La función de sostén facilita el proceso de integración que tiene su propio ritmo, implica la diferenciación entre el yo - no yo, donde el no yo representa el mundo externo, en este proceso es importante el reconocimiento que el otro le devuelve al niño especularmente. La función especular del rostro de la madre, es un elemento estructurador fundamental en el desarrollo del niño; cuando el bebé mira el rostro materno Winnicott (1967c) se pregunta “¿Qué ve en ella?...Yo sugiero que

por lo general se ve a sí mismo” (p. 148), lo que significa que ve lo que la madre le devuelve, es decir lo que ella ve en él; descubrirse en la mirada de la madre representa para el bebé la certeza en la existencia de su persona. Algunos bebés tienen la experiencia de no recibir nada, ven el rostro pero no se encuentran en él, esto afecta su capacidad creadora, su creencia en que es él quien crea el mundo. La experiencia de no recibir nada de vuelta cuando trata de encontrarse, genera una incertidumbre que amenaza con la pérdida de la integración; pérdida que tiene que ver con la función objetalizante, porque como señala Green (1993) “la madre lo bastante buena [Winnicott] contiene implícitamente a la madre lo bastante mala” (p. 123), aquella cuya inconstancia genera tanto un amor como un odio intensos, pero en donde lo peor radica en la indiferencia que puede manifestar y que tiene efectos devastadores en el niño, porque produce una pérdida de sentido.

4.7.2. Las funciones de manipulación (handling) y presentación de objetos (object presenting).

En tanto que el sostén promueva la integración, la función de manipulación (cuidado físico) se relaciona con lo que proporciona el ambiente, contribuye al desarrollo de la personalización o unidad psicosomática y la integración del esquema corporal; la deficiencia en esta función provoca que el niño no disfrute las experiencias del funcionamiento de su cuerpo y de ser persona. El logro de la integración psicosomática, si bien se relaciona con lo genético, solamente puede concretarse si el niño cuenta con un ambiente suficientemente bueno donde exista una persona que lo cuida y sostiene. En la medida que el cuerpo y la psique se integran, el niño desarrolla una mayor tolerancia a las fallas de adaptación de su madre; con el tiempo adquiere la capacidad de conceptualizar el tiempo, el espacio y establecer relaciones causa efecto, entonces el mismo niño podrá hacerse cargo de las funciones del autocuidado, aunque para ello se requiere el respeto a su ritmo y la continuidad. Los fracasos en este aspecto, se relacionan con las afecciones en la salud, donde la persona pierde la capacidad para estar y reconocerse en su cuerpo (Winnicott, 1958, 1960a, 1966).

LOS SÍNTOMAS DEL TDAH, SÓLO LA PUNTA DEL ICEBERG

Eva María Esparza Meza

La presentación de objetos corresponde a las relaciones objetales, facilita la vinculación del niño con los objetos, implica salir del estado de fusión con la madre, lo que permite la percepción de los objetos como externos al yo; esta función solamente puede darse en un ambiente facilitador, que proporcione al bebé la confianza suficiente para que él sienta que crea al objeto y al mundo externo; es decir le ofrece la experiencia de la omnipotencia que posibilita el uso simbólico de los objetos. Las fallas en este campo interfieren con la capacidad para relacionarse con el mundo exterior y establecer relaciones objetales, cuando no existe una presentación cuidadosa de la realidad externa, el niño no puede establecer una relación satisfactoria con el mundo. La madre que presenta los objetos antes de que el bebé lo solicite impone, o bien una permanente regresión hacia la fusión o un rechazo total del bebé hacia su cuidador, se realiza una intrusión (Winnicott, 1960a, 1962a, 1966).

Al principio, cuando la madre mediante su adaptación presenta el mundo al infante, ofrece numerosas oportunidades para experiencias de omnipotencia, es decir el sentimiento de que él crea el objeto; luego la adaptación total se vuelve en una falla adaptativa gradual, lo que permite introducir al niño en el principio de realidad; este proceso al que Winnicott (1947, 1965b, 1967a) denominó de ilusión-desilusión, involucra un aspecto traumático normal, que el niño es capaz de metabolizar, la desilusión gradual hace más tolerable la realidad, en parte porque la familia protege al niño, especialmente ante condiciones potencialmente traumáticas; sin embargo, existen otras situaciones traumáticas en el orden de lo impredecible, que infligen una herida narcisista, un derrumbe de la confianza que obstaculiza la integración y producen una angustia relacionada con la amenaza de aniquilación. Complementando estas observaciones, Green (1993) considera que la respuesta anticipada e inmediata produce una omnipotencia simbiótica que impide al niño la apropiación del deseo; en contraste, una demora excesiva lo inunda de desesperación e inscribe una experiencia de dolor, lo que entraña el riesgo de la desobjetalización y el surgimiento de la intolerancia a la frustración.

De esta forma, Winnicott (1963c) concluye que la experiencia repetida de continuidad en la vida del bebé conduce a la integración, la personalización y la relación con objetos, estos objetivos se logran en la medida que el yo del infante se fortalece a través del yo auxiliar de la madre, de la familia en su totalidad y de un ambiente facilitador. Los fracasos se relacionan con la imposibilidad de desarrollar estos tres aspectos, la personalidad no logra su integración o se desintegra, se pierde la capacidad para estar en el propio cuerpo y no es posible relacionarse con los objetos, se siente un ambiente irreal. Por otra parte, también resalta que “aún en el más satisfactorio de los ambientes posibles, el niño tiene impulsos, ideas y sueños en los que se plantea un intolerable conflicto: entre el amor y el odio, entre el deseo de preservar y el deseo de destruir... estas angustias son previsibles forman parte de la historia e implican que el niño está vivo” (1961, s.p.). En ocasiones también los síntomas reflejan el recurso de la psique del niño para gritar que está vivo.

4.8. Las funciones del yo.

Como ha quedado manifiesto en los anteriores apartados, la continuidad y ritmo en la relación madre-hijo, tiene la finalidad de promover la constitución y fortalecimiento del yo; en este sentido, desde sus primeros escritos Freud (1950 [1895]) estableció la importancia del yo dentro de la construcción teórica del aparato psíquico y de cómo las experiencias tempranas se constituyen en estructurantes, o en condicionantes psicopatológicos. En su Proyecto de psicología de 1895, introduce la noción de yo, como “portador del reservorio” neuronal de investiduras, cuya finalidad es liberarlas para buscar la satisfacción e inhibir los afectos dolorosos (función de descarga-inhibición); en esa época, el yo ya tenía el cometido de mediar entre el proceso primario y secundario, el primero encargado de la investidura de deseo y el segundo para moderarla, a esta acción corresponde la percepción de la realidad objetiva, noción que más tarde sustituirá por examen de la realidad. En ese mismo trabajo refiere que la atención es función del yo, está condicionada biológicamente pero actúa mediante las vivencias de

LOS SÍNTOMAS DEL TDAH, SÓLO LA PUNTA DEL ICEBERG

Eva María Esparza Meza

satisfacción, investida por los estados de deseo y expectativa; la investidura de percepción no ocurre cuando fracasa el mecanismo de atención, pero cuando es exitoso, la percepción adviene en representación dando lugar al proceso de pensamiento. Los errores de una percepción inexacta, se deben a una atención deficiente, que tiene que ver con una investidura psíquica insuficiente.

Si bien Freud había planteado la existencia del yo desde sus primeros trabajos, Laplanche y Pontalis (2004) sugieren que es difícil establecer una diferencia entre el concepto cuando alude al sí mismo o persona, de cuando se refiere a instancia psíquica. Para Freud (1914) el yo se forma a partir del ello, el ello es la instancia psíquica más antigua, su contenido, es decir las pulsiones, proviene de lo heredado, lo constitucional; ahí rige el principio del placer y habita lo reprimido, todo en el interior del ello es totalmente inconsciente, solo podrá acceder a la consciencia a través de enlaces con representaciones donde medie el lenguaje (Freud, 1940 [1938]). En tanto que el yo representa la razón, el ello representa las pasiones, en el yo el elemento importante es la percepción, en el ello es la pulsión. Freud le atribuye al yo las funciones de autoconservación, memoria, adaptación, control de la motilidad y de la percepción, el examen de la realidad, la organización de los procesos mentales en tiempo y orden, el pensamiento racional y la formación de las defensas contra las exigencias pulsionales y los apremios del mundo externo; el yo es substancialmente cuerpo y percepción, pero también es preconscious e inconsciente, aspira al placer y huye del displacer, ante el exceso de este último, el yo responde con angustia. La trascendencia de las percepciones para el yo, propicia la instauración del ordenamiento temporal y subordinación de los procesos psíquicos al examen de la realidad, este avance permite a su vez que el proceso de pensamiento se fortalezca y de esa manera pueda demorar las descargas motrices (Freud, 1923; 1940 [1938]).

El buen funcionamiento del yo es requisito indispensable para mantener la salud mental, para lograr esto, el yo se fortalece mediante las experiencias de vida provenientes del afuera; no obstante el yo, nos dice Freud (1923), está sometido a

enormes presiones provenientes tanto del interior: el ello por un lado demandando satisfacción y el superyó vigilando sus acciones constantemente, como de las exigencias del exterior; es precisamente de este esfuerzo que puede resultar debilitado y entonces convertirse en un gran depósito de angustia.

4.9. Relación amor – odio, presencia – ausencia del objeto.

En cuanto a la relación amor-odio con el objeto, Freud (1915a) concibe una correspondencia entre la diferenciación yo (instancia interna) y no-yo (mundo externo) y entre sujeto-objeto que interviene en la regulación de la polaridad placer-displacer, en donde el yo establece una relación de amor con los objetos que le prodigan placer y proyecta hacia el exterior el displacer. En la etapa del narcisismo primario, el yo-sujeto coincide con el placer, en tanto que el mundo exterior es indiferente y coincide con el displacer; en la medida en que el yo-placer se muda en yo-realidad (a través de la representación), aparece también la contraparte del amor: el odio; se odia al objeto cuando éste origina sensaciones displacenteras, entonces el yo desea alejarse de él repitiendo el intento original de escapar del mundo exterior fuente de estímulos hostiles; el odio puede acrecentarse tanto que exista el deseo de aniquilar, ya sea al objeto o al yo mismo. El objeto es tanto amado como odiado, “cuando el vínculo de amor con un objeto determinado se interrumpe, no es raro que lo reemplace el odio” (p.134); la destrucción vinculada al odio es un derivado de la pulsión de muerte; es así que la pulsión de destrucción dirigida hacia los objetos externos, se desvía del sí-mismo propio por intermediación de Eros.

Dentro de la tendencia hacia la independencia, es necesario considerar que la madre no solamente satisface, también genera sensaciones displacenteras, la búsqueda incesante de placer se vuelve una situación insostenible, entonces el niño crea una ficción mediante la cual alucina el cumplimiento del placer en ausencia de objeto, hecho que marca el surgimiento de la simbolización (Freud, 1915a); la frustración como elemento estructurante obliga al aparato psíquico a instaurar el principio de realidad mediante la representación de lo real, aunque

LOS SÍNTOMAS DEL TDAH, SÓLO LA PUNTA DEL ICEBERG

Eva María Esparza Meza

esto sea displacentero (Freud, 1911). La experiencia de frustración, comenta Winnicott (1971), hace que los objetos sean reales, es decir, “odiados tanto como amados” (p. 28); la imagen interna de la madre se establece cuando el bebé ha logrado percibirla como objeto completo y mantiene con ella una relación ambivalente; el progreso de una relación parcial de fusión a una con el objeto completo y ambivalente, involucra un avance en el desarrollo, ya que significa que el niño ha comenzado a independizarse de la madre como yo auxiliar, es posible decir que el niño ha logrado la integración del yo - no-yo (Winnicott, 1962b).

De este modo, cuando la ausencia de la madre no rebasa la capacidad del niño para tolerarla, promueve la creación de la representación, ésta posibilita que el objeto ausente físicamente esté presente, es decir, re-presentado psíquicamente; una vez que el niño ha adquirido la capacidad de representación del objeto, podrá aceptar la separación de la madre sin que esto implique el desfallecimiento psíquico (Ferrant, 2008); no obstante, cuando el objeto es demasiado frustrante, intrusivo o inconstante, el niño puede aferrarse desesperadamente al objeto o bien sucumbir ante la desesperanza. Dentro de este contexto, Green (1983) plantea que el amor – odio generado por el objeto, es superado por la vía del narcisismo, que se ve fortalecido cuando el objeto investido decepcionó, lo que significa que los objetos son “reales”; ante la desilusión provocada por el objeto, el sujeto no tiene otra salida que la confianza compensatoria de la omnipotencia. Otra cosa muy diferente ocurre, nos dice Green (1983), cuando el objeto representa una amenaza para la integración del yo, el objeto otrora gratificante, luego desilusionante, se vuelve un objeto-trauma; entonces el objeto no está accesible al sujeto, se enmarca “por el sentimiento de lo demasiado y lo demasiado poco: demasiado presente, demasiado poco presente; demasiado ausente o demasiado poco ausente” (p.137); los efectos del objeto-trauma conllevan la desinvestidura objetual y la presencia de una angustia narcisista que amenaza con la fragmentación, aspecto que nos recuerda la posición teórica de Winnicott (1963a) respecto de las consecuencias del no respeto a los ritmos y la continuidad.

4.10. La transición del principio de placer – proceso primario al principio de realidad – proceso secundario.

Para Freud (1911) el principio del placer es uno de los procesos psíquicos primarios, quizá el único al comienzo del desarrollo. Las experiencias de placer le llegan al lactante de la mano del cuidado materno, la falta de satisfacción la expresa mediante descargas motrices como el llanto, el grito y el pataleo; sin embargo, el predominio del principio del placer se desvanece conforme pasa el tiempo y se forman estructuras que le permiten separarse de los padres, se establece el principio de realidad. La descarga motriz es inherente al principio de placer, pero bajo el influjo del principio económico de ahorro de energía, el aparato psíquico debe posponer la descarga, lo que puede lograr solamente a partir de la actividad de representar.

La realidad exterior cobra importancia a través de la atención que el niño vierte hacia la exploración del mundo externo, cuyo registro formará la memoria; así pues, la atención es una función necesaria para el devenir consciente y el examen de la realidad; este devenir consciente solamente es posible a través de los enlaces con representaciones donde medie el lenguaje, aspecto característico del pensamiento (Freud, 1940 [1938]). Según Freud (1911, 1917, 1923), el yo, además de inhibir y posponer por medio del proceso secundario, también se encarga de dirigir hacia el exterior las investiduras de la atención, sin la cual no se podría instituir el principio de realidad; por medio de la educación, el yo se vuelve “razonable”, se somete al principio de realidad y entonces es capaz de renunciar a la satisfacción inmediata, posponer el placer y enfrentar el displacer; “el tránsito del principio de placer al principio de realidad es uno de los progresos más importantes en el desarrollo del yo” (Freud, 1917, p.325), aspecto que se verá afectado cuando el yo no logra una suficiente fortaleza.

El proceso secundario significa que la capacidad de pensar sustituye a la descarga motriz, entonces el lenguaje como función simbólica, adquiere gran relevancia, ya que permite que el pensamiento se haga perceptible y pueda,

además, exteriorizarse (Green, 1993). El lenguaje se enlaza con la representación tanto visual como sonora (Freud, 1915b), de tal modo que la palabra, según Freud (1923) es “el resto mnémico de la palabra oída” (p.23). En este sentido, Castoriadis-Aulagnier (1975) planteó que debido a que el infante nace en una comunidad hablante, antes que el deseo de hablar, se encuentra el placer de oír, primera investidura del lenguaje a partir de la cual, aparece el deseo de aprehender el significado de lo escuchado, actividad representativa del paso de lo primario a lo secundario, en donde lo secundario involucra al pensamiento: grupo de representaciones idéicas, cuya cualidad es la posibilidad de ser enunciadas; siendo tan crucial la actividad del pensamiento, se advierte que la finalidad del proceso secundario es ejercer el dominio tanto del mundo externo, como del mundo psíquico (Aulagnier, 1986a).

Bajo este proceso el yo adquiere la capacidad para diferir el placer y dominar el exceso pulsional, lo que implica que el niño ha logrado una mayor autonomía que le permite aceptar la separación de sus objetos infantiles y ampliar el círculo de las relaciones sociales (Dolto, 1981; Winnicott, 1963a). El fracaso en la transición del proceso primario al proceso secundario, sugiere la posibilidad de fallas en la integración del self, fragilidad del yo que impide al individuo el control de sí mismo, posponer la satisfacción y controlar la excitación pulsional, por lo que no puede inhibir tampoco, la manifestación de sus deseos agresivos; las dificultades en la ligazón de las investiduras libidinales y agresivas, conlleva que el niño se sienta abrumado por impulsos carentes de significación, que se relacionan con la destructividad y la actividad sin sentido (Winnicott, 1958). Siguiendo esta línea, Rousillon (1995) sugiere que la carencia de una relación de apuntalamiento satisfactoria origina el fracaso para diferir la descarga y retener la excitación, lo que implica una falla en estructuración de “la analidad retencional” (p.196).

4.11. Renuncia edípica e instauración del superyó.

En la conferencia sobre La descomposición de la personalidad psíquica, Freud (1933 [1932]) comenta que la larga dependencia infantil, implica que tomará

LOS SÍNTOMAS DEL TDAH, SÓLO LA PUNTA DEL ICEBERG

Eva María Esparza Meza

mucho tiempo para que el bebé se vuelva un ser independiente, el niño pequeño no tiene inhibiciones contra las exigencias internas que únicamente buscan la descarga y repetir las vivencias de placer; en esa época los padres se encargan de protegerlo contra los peligros externos, ejercen desde fuera la autoridad que más tarde desempeñará el superyó; por esta razón, las amenazas de la pérdida del amor y protección parental tienen un papel tan importante en la aparición de la angustia. El superyó encarnará la función de los padres, pero también tendrá la influencia de otras figuras del mundo exterior como maestros y parientes; sin embargo, en el curso de la vida el niño se distancia cada vez más de los padres, éstos tienen diversas representaciones a lo largo del desarrollo, pero indiscutiblemente ofrecen una contribución muy importante a la estructuración del psiquismo, primero son figuras grandiosas, pero ambivalentes, posteriormente perderán su grandiosidad; luego del logro de la autonomía, el individuo volverá a ellos, a través de la identificación.

Antes de que el niño pueda alcanzar una cierta autonomía y el control interno de las pulsiones, tiene lugar un período de profundas investiduras depositadas en las figuras parentales, al que luego tendrá que renunciar para que la instauración del superyó ocurra exitosamente; de este modo, el superyó está estrechamente vinculado al desenlace del complejo edípico (Freud, 1933 [1932]). El Edipo, como sabemos, consiste en la intensa ligazón amorosa con el padre del sexo opuesto, en tanto que las investiduras hostiles se dirigen al padre del mismo sexo, considerado como el tercero que obstaculiza el idilio amoroso, los deseos edípicos, valga decir incestuosos, no son en este punto, causa de ningún sentimiento de culpabilidad para el niño (Dolto, 1981), ante la amenaza de castración, se ve forzado a renunciar a estos deseos incestuosos; en contraste, la niña ingresa al período edípico debido al descubrimiento de la castración, sustituyendo la ligazón materna (que acaba en un fuerte odio hacia la madre) con la ligazón paterna; la renuncia en la mujer puede no efectuarse nunca o bien será tramitada cuando un hijo le de la ilusión de completud (Freud, 1940 [1938]). De cualquier forma, en ambos sexos, el período de latencia pone fin al florecimiento

LOS SÍNTOMAS DEL TDAH, SÓLO LA PUNTA DEL ICEBERG

Eva María Esparza Meza

sexual del Edipo, transmitiéndose con ello la prohibición del incesto; transmisión que, en este momento, corre a cargo del padre como máxima figura de autoridad; es por esta misma razón que, cuando el Edipo no se tramita adecuadamente, “el superyó resulta mutilado en su fuerza y configuración” (Freud, 1933 [1932], p. 59).

Sucede con el ingreso a la latencia, que el superyó se establece como sucesor interno de los mandatos y salvaguarda parentales, así como de otros educadores, impeliendo al yo para llevar a cabo la renuncia pulsional, en aras de cumplimentar el principio de realidad, sobre lo cual también se asientan las relaciones sociales; cuando el yo resigna la satisfacción pulsional, se siente engrandecido y orgulloso frente a su vigilante interior (Freud, 1940 [1938]). Sin embargo, se corre el riesgo de que el superyó se convierta en una instancia tan severa, que el yo no pueda descargar la pulsión de muerte, de tal modo que esa agresión sea peligrosamente dirigida hacia sí mismo; sin embargo, puede ocurrir que por una falla en la instauración de esta instancia, no se puedan insertar los procesos de pensamiento, aspecto que deja al yo empobrecido, sin la posibilidad de regular las descargas motrices y el dominio de la motilidad (Freud, 1911, 1923).

Dolto (1981) señala que la ausencia de los padres entraña el peligro de una elaboración defectuosa del conflicto edípico; cuando no existe el apoyo masculino, el niño corre el riesgo de quedar atrapado entre la madre y la abuela o las tías, lo que conlleva la dificultad para asumir su sexo. Por su parte, Evans (2007) explica que en la teoría lacaniana, el padre real interviene para que el niño pueda lograr la cancelación del Edipo, momento que marca el acceso al orden simbólico; donde el superyó emerge a partir de la identificación con la figura del padre. Dado que el padre es el representante del orden social, la ausencia de éste (tanto en lo real como en el discurso materno) implica una tramitación edípica incompleta y un factor importante en la etiología de todas las psicopatologías.

Para Winnicott (1962c), un ambiente familiar facilitador propicia tanto el control interno de impulsos como el surgimiento del sentimiento de culpa (contenido en el superyó), que se relaciona con el entendimiento de lo bueno y lo malo, que a su

vez se vincula con la experiencia de la angustia derivada de los deseos agresivos y la capacidad de reparación; la integración de estos aspectos posibilita que, al llegar a la latencia, el niño cuente con defensas organizadas y permanentes características del proceso secundario. Por otra parte, Winnicott (1955, 1960c) considera que el padre es un soporte fundamental (también la familia extensa y la sociedad, aunque en menor proporción) para que la madre despliegue sus funciones; desde su postura teórica, convertirse en una persona integrada comprende el logro de la autonomía y la creatividad en el vivir; en este sentido, durante la latencia el niño está en vías de alcanzar la independencia relativa bajo una pauta de continuidad, pero todavía es dependiente, necesita de la protección y apoyo de unos padres tolerantes con sus vaivenes alternados de desligamiento y regreso a la dependencia; los padres comprensivos suelen respetar la demanda de autonomía, incluso cuando ésta adopta un cariz violento.

Dentro de la familia el niño se inicia en las relaciones sociales y adquiere la confianza suficiente para que cuando asista a la escuela, pueda relacionarse con otros grupos diferentes a los familiares; para Winnicott (1963a, 1963c), la escuela debiera constituirse en una prolongación familiar, representar un ambiente suficientemente bueno enriquecedor de la personalidad del niño, promotor de la autonomía, las relaciones sociales y el pensamiento creativo, ya que la independencia involucra tanto al pensamiento como a la acción. De este modo, detrás de la inadaptación social, se encuentran las fallas de un ambiente que no fue facilitador y que fracasó en reconocer las necesidades y ritmos del niño.

4.12. Violencia secundaria.

Un fenómeno comúnmente enfrentado por los individuos en la niñez y latencia, tiene que ver con la violencia, tanto la que ocurre dentro de la familia, como en el entorno social; aspecto sumamente nocivo para la estructuración del psiquismo, ya que la familia es la encargada de proteger y dar seguridad al niño; en un ambiente familiar protector el niño adquiere la confianza y seguridad en sí mismo, elementos indispensables para que desarrolle el autocontrol de los impulsos, así

LOS SÍNTOMAS DEL TDAH, SÓLO LA PUNTA DEL ICEBERG

Eva María Esparza Meza

como la capacidad para preocuparse por otros y reparar el daño que sus pulsiones destructivas produce (Winnicott, 1962b,1962c).

Sin embargo, existen ocasiones en que la familia no solamente no proporciona protección, sino que ella misma genera condiciones potencialmente traumáticas que involucran un factor patógeno amenazante de la confianza y productor de fallas en la conformación del sí mismo; el hecho de que sean los mismos padres los generadores de violencia, inflige serias heridas narcisistas, que obstaculizan la integración psíquica del niño y generan angustias desgarradoras, de indefensión y desamparo (Braier, 2001; Winnicott, 1965b).

Dentro de este contexto, el diccionario de psicoanálisis elortiba.org define la experiencia de violencia dentro del ámbito familiar como: “ejercicio de absoluto poder de uno o más sujetos sobre otro, que queda ubicado en un lugar de desconocimiento; esto es, no reconocido como sujeto de deseo y reducido, en su forma extrema, a un puro objeto” (s.p.). Esta consideración, nos remite a las ideas planteadas por Castoriadis-Aulagnier (1975) sobre la violencia primaria y violencia secundaria; la primera alude a una función estructurante, en tanto transmite la imposición necesaria de los requerimientos e interdicciones de una cultura dada; es una manifestación de la pulsión de vida, dado que tiene una función objetalizante, es decir de promover la ligazón e integración del yo (Green, 1993). Por lo contrario, la violencia secundaria adosada a la anterior, constituye una manifestación de la pulsión de muerte, un exceso pernicioso e innecesario para la constitución psíquica, cuya función desobjetalizante tiene la finalidad de atacar al yo o, mejor dicho, destruir toda expresión de autonomía; lo perjudicial de esta violencia radica en que el sujeto queda anulado, enajenado de su identidad y singularidad. De este modo, la presencia de la violencia secundaria siempre es perturbadora, significa la imposición de un sujeto sobre otro, que se apropia del deseo de éste y que, en consecuencia, le niega todo derecho a la autonomía de pensamiento, portador éste de lo oculto y secreto que la madre no le puede

LOS SÍNTOMAS DEL TDAH, SÓLO LA PUNTA DEL ICEBERG

Eva María Esparza Meza

permitir al niño, aspecto que esencialmente, refleja una falla en la estructuración psíquica del objeto perpetrador de la violencia (Castoriadis-Aulagnier, 1975).

Castoriadis-Aulagnier (1975) expone que en muchos casos, el exceso de la violencia no se restringe al medio familiar, puede suceder que cuando el sujeto busca en el exterior un signo de su identidad, encuentre “un veredicto que le niega ese derecho... Este veredicto redobla aquello que se había percibido” (p. 167). El redoblamiento se refiere al patrón de la problemática familiar que el niño proyecta también en el ámbito social, situación generadora de un efecto traumático que impide al niño la investidura de su pensamiento y de su cuerpo. La expropiación que impone la violencia excesiva no solamente mutila el espacio psíquico, también puede abarcar el funcionamiento del cuerpo; ante la imposibilidad de huir del efecto negativo de la extrema violencia, el yo tiene la alternativa del delirio, pero también puede surgir el deseo de autodestrucción, expresión máxima de la pulsión de muerte. Por otra parte, en su afán de sobrevivir, el sujeto puede recurrir a distintas opciones, como la escisión entre el mundo externo y el ámbito de la fantasía, refugiándose en este último donde todo puede ser posible; otra salida consiste en aceptar la imposición y someterse al deseo del objeto, con el costoso riesgo de borrar su historia, su identidad; así mismo, tiene el recurso de la oposición a la violencia parental y sus juicios desvalorizadores, acción que representa la oportunidad para experimentar el sentimiento de estar vivo y recuperar, al menos en parte, la autonomía de su pensamiento y de su cuerpo. Curiosamente, estas alternativas, si bien expresan la pulsión de muerte, actúan en favor de Eros, pues ligan al niño con sus objetos, no obstante el componente principal de esta ligazón es el odio, al respecto Green (1993) escribe: “el odio es el signo de un lazo que nada puede desatar. El odio sella un pacto de fidelidad eterna al objeto” (p. 396).

METODO

Planteamiento del problema.

El trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH), es en la actualidad el diagnóstico más emitido para la población infantil. Se estima una prevalencia mundial de entre el 3 y el 10% de los niños; se considera como un trastorno crónico, el 60% de los casos cursa en comorbilidad con otros trastornos especialmente el desafiante negativista, depresión y ansiedad (Antshel, Macías y Barkley, 2009; Reiff, 2011)

Desde los primeros casos a los que Still (citado en Smoyak, 2008) llamó defectos en el control moral, la nosografía cambió de nombre en diversas ocasiones, hasta adquirir su nomenclatura actual: TDAH (APA, 2002, 2013). Alrededor del trastorno existe una intensa polémica en relación tanto de su descripción sintomatológica como su etiología y tratamiento. Dado que se considera el trastorno más frecuente en la infancia (Barkley, 2009), existen numerosas investigaciones y publicaciones (Reiff, 2011); no obstante, dentro del psicoanálisis tanto las investigaciones, como la bibliografía específicas sobre el TDAH son escasas.

El cuadro nosológico describe una sintomatología que comprende tres elementos esenciales: el déficit de atención, la hiperactividad y la impulsividad, se han establecido 3 subtipos dependiendo de la presencia de los síntomas y su frecuencia. Numerosos autores (Coghill and Seth, 2011; Kean, 2005; Nigg, Tannock and Rohde, 2010; Seitler, 2001) refieren que se trata de una sintomatología sumamente heterogénea, de ahí la alta comorbilidad que presenta, muchos de los síntomas también aparecen en otros cuadros, por lo que es difícil que se trate de un diagnóstico puro. Tanto en el DSM IV (APA, 2002) como el DSM 5 (APA, 2013) se establece que para determinar el diagnóstico, se requiere la presencia de un cierto número de síntomas durante por lo menos 6 meses, cabe preguntarnos si los síntomas aparecen *nada más porque sí*, por un problema neurológico no identificado; pensar el diagnóstico desde un inventario de síntomas

LOS SÍNTOMAS DEL TDAH, SÓLO LA PUNTA DEL ICEBERG

Eva María Esparza Meza

es simplificar excesivamente la cuestión, lo que implica desconocer la historia que precede, e incluso antecede al individuo. Ante esta complejidad de los síntomas se vuelve difícil no solamente el diagnóstico, sino también decidir el mejor tratamiento a seguir; es pues imprescindible realizar investigaciones dirigidas a delimitar la sintomatología con mayor precisión, no solamente considerando la que manifiesta el niño en el momento en que los padres solicitan atención, sino aquella relacionada con el origen, las condiciones externas e internas en que el niño fue concebido, su nacimiento, la naturaleza de sus vínculos, su constitución psíquica, en general su historia de vida.

Desde mi práctica clínica, en la que he tratado varios niños con este trastorno he observado la complejidad del mismo, historias de vida difíciles que han afectado la constitución psíquica del niño, así como una incomprensión generalizada por parte de los adultos, incluyendo los profesionales, que no entienden por qué se comporta el niño de esa manera, lo que ha propiciado que se recurra a alternativas de solución basadas en la coerción y el castigo físico. Es debido a las razones antes expuestas que considero pertinente plantear la siguiente pregunta de investigación:

¿Cuáles son las experiencias de vida del niño que propician fallas en la estructura psíquica y cómo determinan o influyen en la emergencia y evolución de la sintomatología del TDAH?

Supuesto general:

Desde mi perspectiva, los síntomas del TDAH son meramente la punta de un iceberg, debajo de éste existe un conjunto de experiencias de vida que han afectado la estructura psíquica del niño y que, concatenadas entre sí, determinan la emergencia y evolución de la sintomatología.

Entre la sintomatología y los sucesos de vida se establece una compleja red de series o factores que se complementan y que influye en que los síntomas se vuelvan sumamente heterogéneos.

LOS SÍNTOMAS DEL TDAH, SÓLO LA PUNTA DEL ICEBERG

Eva María Esparza Meza

Objetivo general:

Identificar, analizar y relacionar las experiencias de vida del niño que han afectado la organización de su estructura psíquica y que determinan o influyen en la emergencia y evolución de los síntomas del TDAH.

Objetivos Particulares:

- a) Identificar, a partir de la indagación y valoración clínica, las experiencias de vida del niño que pueden constituirse en factores determinantes del TDAH.
- b) Explicar cómo, dichas experiencias (series complementarias) han originado fallas en la estructuración psíquica de cada niño en lo particular.
- c) Establecer relaciones entre las experiencias de vida, fallas en la organización psíquica, aparición de síntomas y evolución de los mismos.

Definición de categorías:

A partir del supuesto, propongo tres grandes categorías que a su vez se dividirán en otras subcategorías.

- a). Sintomatología del TDAH
- b). Experiencias de vida
- c). Fallas en la estructura psíquica

- a). Sintomatología del TDAH.

Para el psicoanálisis los síntomas son producciones del inconsciente, representan un compromiso entre las fuerzas en conflicto, es una formación sobredeterminada, lo que significa que existe una diversidad de factores que lo determinan; son la expresión de un conflicto inconsciente, la satisfacción sustitutiva de un deseo. El sentido del síntoma está estrechamente vinculado con las experiencias del

LOS SÍNTOMAS DEL TDAH, SÓLO LA PUNTA DEL ICEBERG

Eva María Esparza Meza

individuo, no tiene un sentido único absoluto, ya que es producto de la historia específica de un individuo (Evans, 2004; Freud, 1917 [1916-17]; Diccionario de psicoanálisis, elortiba.org). De acuerdo con lo expuesto por Freud en Los caminos de la formación de síntoma (1917 [1916-17]), la producción de síntomas puede ocasionar un gasto excesivo de energía e imposibilitar a la persona para realizar las actividades de su vida.

El trastorno que nos ocupa, según el DSM IV y 5 (APA, 2002; 2013), se caracteriza por un patrón persistente de tres síntomas básicos: *desatención, hiperactividad e impulsividad*, que puede presentarse de forma combinada, predominantemente inatento y/o predominantemente hiperactivo/impulsivo; con una severidad que puede ser media, moderada o grave. Así mismo, para establecer el diagnóstico es necesario que los síntomas obstaculicen el funcionamiento o desarrollo del individuo y estén presentes en más de un ambiente, como la casa y la escuela.

La desatención se manifiesta en una dispersión de las tareas, escasa persistencia, dificultad para mantenerse enfocado, desorganización que no se debe a una falta de comprensión o a un comportamiento desafiante. La hiperactividad se refiere a un exceso de actividad motriz en lugares inapropiados, inquietud excesiva, golpeteo de pies. La impulsividad se trata de acciones apresuradas realizadas sin pensar, que pueden incluso representar un riesgo como cruzar las calles sin mirar antes. La impulsividad tiene que ver con el deseo de recibir gratificación inmediata, con la desmezcla pulsional y la consecuente dificultad para posponer la satisfacción de las demandas, que permita al individuo sostener el deseo de vivir.

b). Experiencias de vida.

El término de experiencia procede del latín *experientia* que significa experimentar, probar, ensayo (Pimentel, 2009). Expresa el conocimiento que se adquiere a partir de la vivencia de un evento u acontecimiento que tiene lugar en la vida de una

LOS SÍNTOMAS DEL TDAH, SÓLO LA PUNTA DEL ICEBERG

Eva María Esparza Meza

persona. Amengual (2007), siguiendo el concepto kantiano, explica que, a través de la experiencia el sujeto conoce el mundo, mediante un proceso donde primero se encuentran las impresiones que dejan las sensaciones, lo que implica que el sujeto es afectado por el objeto, posteriormente tiene lugar un proceso de elaboración de la impresión recibida; en tanto que para Hegel la experiencia implica todas las cosas de la vida que afectan al hombre; en la actualidad, dice Amengual, la experiencia involucra el elemento constitutivo del sujeto en relación a la realidad. Las experiencias de vida hacen referencia a lo que cada individuo experimenta en su cotidianidad, simplemente por el hecho de estar vivo, cada suceso experimentado se vivencia de un modo particular. El concepto de experiencia alude tanto al acontecimiento del mundo externo, como a la elaboración interna del evento.

Dentro del contexto de esta investigación, el concepto también implica la noción de historicidad; es decir, de cómo se fueron inscribiendo y elaborando psíquicamente los eventos vividos por el niño.

Esta categoría se subdividió a su vez en:

- A) Experiencias antes del nacimiento
- B) Experiencias alrededor del parto - nacimiento
- C) Experiencias posteriores al nacimiento

c). Fallas en la estructura psíquica.

El concepto de estructura psíquica es difícil de delimitar, en la literatura psicoanalítica se emplean indistintamente términos como aparato, estructura, constitución y organización psíquica, o incluso psiquismo. Así, en relación al aparato psíquico Laplanche y Pontalis (2004) definen: “término que subraya ciertos caracteres que la teoría freudiana atribuye al psiquismo: su capacidad de transmitir y transformar una energía determinada y su diferenciación en sistemas o instancias” (p. 30). La noción de aparato o estructura psíquica atañe a un modelo

teórico metapsicológico que explica el funcionamiento psíquico, su organización interna, la diferenciación en subestructuras, la transformación de la energía.

Michaca (1987) explica que el concepto de estructura no solamente se refiere a la organización de las instancias: yo, ello y superyó, sino que también implica nociones como conflicto, descarga, modalidad de funcionamiento, defensa, desarrollo libidinal, proceso primario y secundario, fijación, regresión. Estructura es un conjunto de configuraciones que se van construyendo a lo largo del desarrollo y que al llegar a la madurez son relativamente estables. Por su parte Evans (2007), señala que según Lacan, el término estructura alude al conjunto de relaciones afectivas de un individuo con otros, su sentido tiene que ver con lo intersubjetivo y lo intrasubjetivo, refiere la representación interna de las relaciones interpersonales. La estructura de un individuo depende fundamentalmente de las experiencias en los primeros años de la vida.

De este modo, por falla aludimos al efecto patógeno duradero, que determinados acontecimientos produjeron en la estructura psíquica y que será manifestado en los distintos síntomas. Partimos del planteamiento de Freud (1917 [1916-17]) de que la psicopatología tiene su origen en las experiencias tempranas del niño no tramitadas; el surgimiento de la patología se debe a lo que denominó “series complementarias”, donde se conjugan los factores constitucionales, es decir lo heredado y las experiencias vividas durante la infancia que, o bien dejaron una fijación libidinal, o al aflujo excesivo de excitaciones en relación a la capacidad del niño para elaborar dicha excitación, conjuntamente con el factor desencadenante.

Tipo de estudio.

Se trató de una investigación de tipo cualitativo porque la manera de estudiar el fenómeno de interés se realizó desde contextos naturales y la espontaneidad de sus manifestaciones. A través de este método, mi intención fue conocer en profundidad las experiencias de vida que, en cada uno de los casos clínicos estudiados parecen haber contribuido al origen, evolución y progreso de la

sintomatología del TDAH. No hay pretensión de generalización, pero sí teorizar y construir acerca del fenómeno, a partir de los sujetos que lo representan (Álvarez–Gayou, 2009). Siguiendo este discernimiento, considero pertinente dar sentido, interpretar ese suceso que con tanta frecuencia se presenta en los niños, que es el denominado TDAH. Al mismo tiempo, el método cualitativo es muy útil dentro de la investigación clínica porque permite la interacción personal entre el investigador y los participantes; ofrece también la posibilidad de utilizar simultáneamente una gran variedad de estrategias para obtener la información necesaria, como las entrevistas, la historia de vida, la aplicación de instrumentos diagnósticos.

Por otra parte, el método cualitativo es absolutamente concordante con el psicoanálisis, ya que éste emplea como instrumentos la comprensión y la interpretación de los fenómenos (Bleger, 1971).

Diseño de investigación: estudio de casos múltiples.

Winnicott (1968) afirmó en una ocasión “un caso no prueba nada, pero puede ilustrar mucho... [los casos] son significativos” (s.p.); si bien los estudios de caso sacrifican los grandes resultados estadísticos, aportan una comprensión más profunda, especialmente cuando se considera la historia del individuo. Dentro de este tenor, contemplo que el diseño más adecuado para el objetivo de esta investigación, es el de casos múltiples: estudio de caso por caso, donde se analiza y se elaboran construcciones, a partir de distintas fuentes de datos para acercarnos a las producciones inconscientes. Mediante la escucha de lo vivido podrá lograrse la comprensión de ciertos fenómenos psicológicos, de tal modo que sea posible reconstruir la historia de cada niño; ya que las “experiencias vividas” solamente pueden emerger dentro de una relación de confianza entre el investigador y los participantes (Ferrarotti, 2007), o como ocurre en el psicoanálisis, que es dentro del marco de la relación transferencial, donde el analista, a partir de asociaciones o de un discurso libre, recupera fragmentos de recuerdos y en conjunto con el paciente, realiza el trabajo de reconstrucción de su

historia, pues las construcciones como sugirió Freud (1937) son “unos intentos de explicar y de restaurar...restituir un fragmento de su biografía” (p. 269).

Desde la perspectiva psicoanalítica, la sintomatología implica un remanente, una resignificación de sucesos que fueron parte de la vida. Se trata tanto de relatos de toda una vida como de la narración de etapas parciales o momentos biográficos importantes para entender el objeto de estudio. En este tipo de estudios, la interpretación juega un papel relevante, ya que mediante ella, el investigador reconstruye el relato a partir de diversas categorías conceptuales, temporales y temáticas, que constituyen el armazón teórico desde el cual investigador y participante reconstruyen en el a posteriori, con la finalidad de dar sentido a la historia del sujeto (Aulagnier, 1986a; Cornejo, Mendoza y Rojas, 2008).

El estudio de casos, proporciona una visión amplia del fenómeno en cuestión que se caracteriza por una indagación meticulosa y sistemática, que permite comparar la información y establecer relaciones intersujeto. En este tipo de diseño al investigador no se le impide la manifestación de su tendencia ideológica, ya que su modelo de realidad se enmarca en un conjunto de significaciones compartido por los demás miembros de su cultura (Aulagnier, 1986a); de este modo, se constituye en el propio instrumento de investigación bajo estrictas normas éticas y con el consentimiento informado de los participantes.

Instrumentos.

La información recabada procede de dos etapas de la investigación y de diversas fuentes: la primera correspondió a la selección de los participantes y confirmación del diagnóstico; en este punto, se empleó la entrevista a profundidad, con los padres (en conjunto o separados), la abuela (cuando fue necesario) y el niño; expediente clínico (niños remitidos por el hospital), aplicación del cuestionario de síntomas, pruebas grafo proyectivas y hora de juego diagnóstica.

En la segunda etapa, la información provino del material obtenido a través de las sesiones terapéuticas en las que se empleó el juego y las entrevistas con los

LOS SÍNTOMAS DEL TDAH, SÓLO LA PUNTA DEL ICEBERG

Eva María Esparza Meza

padres y abuela. Aquí me parece conveniente traer a colación, aquello que Freud señaló en Esquema del psicoanálisis (1940 [1938]) en relación a que el material con que trabajamos, emana de lo que nos comunica el paciente en sus narraciones, asociaciones, reacciones transferenciales, operaciones fallidas; agregaría que también sus dibujos y juegos, “todo ello nos ayuda a establecer construcciones sobre lo que le ha sucedido en el pasado” (p. 178).

Entrevistas diagnósticas.

a). Se realizaron entrevistas con los padres y el niño. Este recurso presenta la característica de que la persona entrevistada tiene la libertad de expresar libremente sus conflictos, comenzando por los aspectos que prefiera, proporciona la información que desee (Díaz, 1998).

La entrevista contuvo los siguientes tópicos:

- Datos generales del paciente, sus padres y hermanos.
- Motivo de consulta.
- Indagación de los síntomas: descripción, historial que indique época de inicio, circunstancias en que surgieron, evolución, mecanismos para tratar de resolverlos, áreas de afección, entre otros.
- Historia del desarrollo del niño: concepción, embarazo, nacimiento, alimentación, sueño, motricidad, lenguaje, socialización, aprendizaje de hábitos, enfermedades significativas, entre otros.
- Historia familiar: conformación de la familia, datos de las familias de origen, entorno socio-económico y cultural, ámbito emocional dentro de la familia y expresión afectiva, relaciones entre los distintos miembros de la familia, situaciones de conflicto, eventos significativos, antecedentes patológicos.
- Historia escolar y rendimiento académico. Circunstancias de ingreso escolar o guardería, relación con maestros, compañeros, rendimiento académico, situaciones conflictivas.

LOS SÍNTOMAS DEL TDAH, SÓLO LA PUNTA DEL ICEBERG

Eva María Esparza Meza

b). Entrevista con el niño. Luego de la presentación, se obtuvo información relevante desde la perspectiva del propio niño.

- Se indagó acerca de su conocimiento en relación al motivo de consulta, así como la consciencia acerca de los síntomas reportados por padres y/o maestros.
- Historia personal y familiar desde su punto de vista.
- La escuela, su rendimiento, relación con amigos y compañeros.
- Se observó si lenguaje corresponde a la edad, manejo de la ansiedad, grado de atención y concentración en la conversación y pruebas psicológicas administradas.

Cuestionario de síntomas.

Con la finalidad de confirmar el diagnóstico de TDAH, elegí la escala de evaluación Vanderbilt NICHQ (National Initiative for Children's Healthcare Quality), por ser una herramienta de sencilla aplicación. Es un instrumento de la Academia Americana de Pediatría y el NICHQ (2005), elaborado conforme los criterios del DSM-IV, traducido al español, incluye una forma para padres y otra para el maestro; contiene reactivos para evaluar la comorbilidad con el trastorno desafiante oposicionista y problemas de conducta, ansiedad y depresión; así mismo, presenta reactivos para valorar el funcionamiento escolar, así como la percepción de los padres sobre la adaptación social y escolar del niño. De acuerdo con Collett, Ohan y Myers (2003) la escala muestra una excelente confiabilidad en su consistencia interna, una correlación moderada con otras escalas; los autores señalan que sus índices psicométricos la ubican como una escala confiable.

Pruebas grafo-proyectivas

Las técnicas grafo-proyectivas promueven la proyección de aspectos conscientes e inconscientes ligados tanto a la normalidad como a la patología (Vives, 2005). Estas técnicas parten de la suposición de que los rasgos característicos de la personalidad aparecen ante una situación o estímulo ambiguo, de este modo, el

LOS SÍNTOMAS DEL TDAH, SÓLO LA PUNTA DEL ICEBERG

Eva María Esparza Meza

dibujo del niño revela su personalidad; la proyección constituye una defensa caracterizada por la atribución a otra persona o cosa rasgos que el individuo rechaza o no reconoce en sí mismo (Diccionario de psicoanálisis, elortiba.org).

Para la evaluación de los niños apliqué el test de la familia de Corman, el HTP (dibujo de la casa, árbol y persona) de Buck y persona bajo la lluvia. El test del dibujo de la familia se aplica con la finalidad de conocer las características y dinámica de la familia que el niño ha internalizado y como se ubica dentro de esa familia. Se proporciona la consigna “dibuja una familia que tú imagines”, luego de la ejecución del dibujo se realiza una encuesta, se le solicitan al niño asociaciones en relación al dibujo. Posteriormente se le puede pedir que dibuje su propia familia, siguiendo el mismo procedimiento empleado (Vives, 2005).

El HTP de Buck por su posibilidad de simbolización, permite indagar la imagen interna que el individuo tiene de sí mismo en relación a su entorno. La casa simboliza el ámbito de las relaciones intra-familiares, el cuerpo del niño, es también el elemento femenino, la madre. El árbol representa el sí mismo, se entiende como el puente entre la casa y la persona. La persona representa entre otras cosas la percepción que de sí tiene el individuo, así como su ideal. Se puede solicitar que dibuje cada uno de los elementos por separado o en conjunto. Después del dibujo se realiza una encuesta (Vives, 2005).

El test de persona bajo la lluvia no tiene una autoría clara, su finalidad es evaluar las defensas frente a una situación estresante, se puede identificar los conflictos intrapsíquicos, mecanismos de defensa y rasgos de personalidad (Pool, 2007).

Hora de juego diagnóstica.

El juego es para el niño un modo de expresión, en la situación de juego proyecta aspectos de su mundo interno y de la forma que utiliza para elaborar sus experiencias. A partir de un determinado material, se proporciona la consigna de que puede utilizar, en el tiempo y lugar establecido para ello, el material de juego como desee, mientras observamos su juego con el objetivo de conocerlo mejor y

LOS SÍNTOMAS DEL TDAH, SÓLO LA PUNTA DEL ICEBERG

Eva María Esparza Meza

comprender sus dificultades. Se evaluó la modalidad de juego, las identificaciones, roles, motricidad, creatividad, tolerancia a la frustración, la capacidad simbólica, naturaleza e intensidad de conflictos y adecuación a la realidad (Efron, Fainberg, Kleiner, Sigal, y Woscoboinik, 2001).

Participantes

Criterios de inclusión:

- Niños de ambos sexos de entre 6 y 11 años de edad.
- Padres de los niños dispuestos a cooperar en la investigación.
- Maestros dispuestos a cooperar en la investigación.
- Con diagnóstico o sospecha de padecer TDAH.
- Medicados y no medicados.

Criterios de exclusión:

- ❖ Presencia de deficiencia mental o trastorno de lenguaje severo.
- ❖ No cumplir con los criterios diagnósticos del DSM-IV.
- ❖ Que los padres no deseen participar y/o no puedan cumplir con los requerimientos de la investigación.
- ❖ Estar fuera del rango de edad.

Procedimiento

Luego de terminado el proyecto de investigación, se sometió para registro y aprobación del comité de ética del departamento de investigación, de la institución hospitalaria que remitiría a algunos de los participantes (Hospital General “Darío Fernández, ISSSTE). Al mismo tiempo, se solicitó a uno de los Centros comunitarios de la facultad de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México, la posibilidad de que enviarán a potenciales candidatos.

El siguiente paso consistió en contactar a los posibles participantes, con quienes me comuniqué vía telefónica para invitarlos a participar en el estudio. Procedí enseguida a realizar las entrevistas iniciales con la persona que solicitó la atención psicológica, en donde también les informé de las características de la

LOS SÍNTOMAS DEL TDAH, SÓLO LA PUNTA DEL ICEBERG

Eva María Esparza Meza

investigación y solicité su consentimiento informado. En el caso de los participantes derivados del Hospital, la primera entrevista se realizó en sus instalaciones, en el cubículo del departamento de psicología; sin embargo, debido a la escasa disponibilidad de espacios, las siguientes sesiones se efectuaron en mi consultorio particular. Al final de este primer encuentro, se entregaron las formas de la encuesta de síntomas Vanderbilt, para ser contestadas por el padre o persona principal cuidador del niño y el maestro (a) de la escuela.

La mayoría de los niños, especialmente los remitidos por el hospital contaban con un diagnóstico psiquiátrico de TDAH, así que el paso consecutivo fue la aplicación de los instrumentos psicológicos, para verificar o establecer el diagnóstico. Posterior a la administración de los test psicológicos, efectúe la integración de los datos y se hizo la devolución de resultados tanto al niño como al padre en cuestión. Algunos de los niños no dieron positivo en el diagnóstico, los remití a otros servicios, de tal forma que no formaron parte del grupo de participantes; en cuanto a los niños donde se verificó el diagnóstico de TDAH, continuaron con la fase de intervención psicológica que será reportada en otro documento, aunque algunos de los datos proceden también de las sesiones terapéuticas.

Análisis de los datos

El primer paso en el análisis de los datos, consistió en identificar y describir las categorías de experiencias de vida fundamentales en la determinación de los síntomas; así como las fallas en la estructura psíquica.

Una vez realizado el paso anterior, procedimos al análisis de significados de la información, con la finalidad de comprender, explicar y establecer relaciones entre las categorías estipuladas (Bleger, 1971); se interpretaron los datos encontrados en relación a experiencias de vida significativas para el diagnóstico, fallas en la estructura psíquica, síntomas del TDAH y comorbilidad. De esta manera, se establecieron relaciones entre las categorías para obtener una mejor comprensión de la emergencia y evolución del trastorno. Es importante enfatizar que en el

análisis de los casos no basta con presentar los hallazgos, como sugiere Moguillansky (1998) “lo hallado debe ser interpretado con sagacidad”, de esta manera, “se construye una historia de significaciones” (p. 710).

Así mismo, para profundizar y enriquecer el análisis de las historias, se constituyó lo que Cornejo, Mendoza y Rojas (2008) llaman “dispositivo de interanálisis”, equipo que funge como “tercera persona exterior” (p.37) y que apoya al investigador en la lectura, análisis e interpretación de los casos. Por otra parte, es pertinente señalar que el trabajo analítico con los participantes, estuvo supervisado desde el principio por el Dr. Ayala y la Dra. Rabadán, asesora de este trabajo. De este manera, llegamos al acuerdo de presentar en primer lugar el análisis particular de cada historia, con la finalidad de relacionar entre si las diversas categorías conceptuales y arribar a la historia reconstruida de cada participante. En un segundo momento, exponemos el análisis transversal, inter-caso, mediante el cual se discuten las analogías clínicas relevantes para explicar el trastorno, objeto de estudio.

Consideraciones éticas

Siguiendo los preceptos del Código ético del psicólogo (Sociedad Mexicana de Psicología, 2009), esta investigación respetó en todo momento la dignidad, integridad física y emocional de los participantes; se obtuvo el consentimiento informado de los padres para participar de manera voluntaria en el estudio, se proporcionó información suficiente sobre las características e implicaciones del proyecto; en el reporte escrito de la investigación, se mantiene la norma de confidencialidad y anonimato de los participantes (Arts.12, 47, 48, 49, 67, 68, 75, 122).

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

En este apartado presentaré el análisis de las historias de vida de 6 niños, recurso que me permitirá sustentar el supuesto general de esta investigación, en relación a que los síntomas del TDAH solamente son la parte superficial del problema, existen una serie de experiencias subyacentes, que han afectado la estructuración psíquica del niño, determinando la emergencia y evolución de la sintomatología.

Cuatro de los participantes fueron remitidos por el Hospital General “Darío Fernández (ISSSTE) y 2 de un Centro Comunitario perteneciente a la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México. Luego de contactarlos, se informó a los padres de los niños la finalidad de la investigación, una vez obtenida su anuencia, procedí a la evaluación del caso para confirmar o descartar el diagnóstico de TDAH. Los casos que cubrieron los requisitos de inclusión ingresaron a un proceso psicoterapéutico; de tal forma que la reconstrucción de cada historia de vida, procede de diversas estrategias de investigación tanto de la fase de evaluación como del proceso psicoterapéutico. A través de un arduo trabajo fue posible identificar, categorizar y analizar las experiencias de vida de estos niños, que nos permiten desentrañar la dimensión histórica inherente a su trastorno y que con tanta frecuencia es desdeñada por la atención psiquiátrica.

Se presentaron voluntariamente nueve participantes (casos), de los cuales se descartaron tres:

- Niña de 6 años de edad, cursando el 1° grado de educación básica. No cumplía con los criterios para ser diagnosticada con TDAH.
- Niña de 8 años de edad, cursando el 3° grado de educación básica. Presentaba predominantemente una depresión moderada. Fue canalizada a otro servicio para su atención.
- Niño de 12 años de edad, cursando 1° grado de educación media. Diagnosticado y tratado médicamente por TDAH desde los 7 años. Salía

LOS SÍNTOMAS DEL TDAH, SÓLO LA PUNTA DEL ICEBERG

Eva María Esparza Meza

del rango de edad. Fue remitido a un programa de psicoterapia para adolescentes.

Los 4 participantes enviados por el departamento de psicología del hospital, fueron evaluados tanto por el servicio de psiquiatría como por el de psicología, emitiendo el diagnóstico de TDAH; en tanto que los 2 niños transferidos por el centro comunitario de servicios psicológicos, ya habían sido diagnosticados con anterioridad. La tabla 1 muestra algunos datos sobre los participantes.

Tabla 1. Datos básicos de los participantes

NOMBRE	EDAD	GRADO	RENDIM. ESCOLAR	VIVE CON	POSICIÓN	MEDICACION
Gabriel	10	5°	7.9	Madre Fam. materna	Único	No
Alina	8	3°	6 - 7	Padres	Menor (3)	No
Antonio	11	6°	5 - 6	Padres	Menor (2)	Si (Valproato)
Mariana	10	5°	7 - 8	Padres	Mayor (2)	No
Daniel	9	4°	7 - 8	Madre Fam. materna	Mayor (2)	No
Ariel	8	3°	9.2	Madre Fam. materna	Mayor (3)	Si (metilfenidato)

A continuación presentaré el análisis de cada uno de los casos, considerando las categorías previamente definidas: sintomatología del TDAH, experiencias de vida y fallas en la estructura psíquica (Ver método).

Para facilitar tanto el análisis como la exposición de los resultados recurrí a la siguiente organización:

A). Información general. Comprende los siguientes apartados:

A.1. Descripción breve del niño, configuración familiar y datos escolares.

LOS SÍNTOMAS DEL TDAH, SÓLO LA PUNTA DEL ICEBERG

Eva María Esparza Meza

A.2. Motivo de consulta manifestado por los padres o persona responsable del niño.

A.3. Reporte psicológico, síntesis de los datos recabados por la institución para emitir el diagnóstico.

A.4. Confirmación del diagnóstico, aquí se presenta el tipo de TDAH y la comorbilidad, así como algunos aspectos de los síntomas, que tanto los padres como la escuela enfatizan más.

B). Sintomatología. Se expone la narración de los padres y del niño acerca de los síntomas presentados desde su nacimiento.

C). Análisis del caso. En esta sección abordo las experiencias de vida del niño, conjuntamente con el análisis de la falla en la estructuración psíquica registrada en ese momento particular de su historia; así como su relación con el surgimiento y evolución de los síntomas descritos en el inciso anterior. Clasificamos las experiencias de la siguiente manera:

C.1. Experiencias anteriores del nacimiento

C.2. Experiencias alrededor el parto – nacimiento

C.3. Experiencias posteriores al nacimiento.

CASO GABRIEL: “Cachito de cielo”

A). Información general

A.1. Descripción

Niño de 10 años que aparenta más edad de la que tiene, delgado y alto, trata de causar buena impresión, usualmente viste con el uniforme escolar. Hijo único de padres separados desde que tenía un año de edad; vive con su madre compartiendo un cuarto en casa de la abuela materna. Su madre tiene 26 años, cursó una carrera técnica y labora en una clínica a las afueras de la ciudad. Su padre de 30 años vive en otra ciudad y pocas veces lo ve. Gabriel asiste a una escuela de tiempo completo, para cuando lo comienzo a atender había concluido el 4º grado de primaria, con promedio de 7.9 y empezaba el 5º ciclo escolar. No tiene actividades extraescolares, por la tarde solamente ve televisión (aproximadamente cuatro horas diarias) y juega videojuegos.

Es derivado por el servicio de psicología del hospital, donde se le realizó valoración psiquiátrica y psicológica, coincidiendo ambas en el diagnóstico de TDAH, presentando comorbilidad con trastorno desafiante oposicionista, depresión moderada y ansiedad, se sugirió tratamiento farmacológico con sertralina (antidepresivo) y apoyo psicológico.

A.2. Motivo de consulta

La madre recurre al apoyo psicológico porque no desea que su hijo sea medicado. A la psicóloga del hospital le comentó que desde dos años antes (8 años), el niño se ha estado comportado de manera agresiva, destruye todo, contesta de “mala gana” tanto a ella como a la abuela materna, bajó de calificaciones y ha tenido problemas de comportamiento y agresividad en la escuela [sic].

A.3. Reporte psicológico del hospital

Se informa que Gabriel fue cooperador durante la evaluación; rendimiento intelectual normal, adecuada habilidad visomotora, se descartó daño neurológico. Muestra ansiedad, inseguridad y frustración, se encuentra muy necesitado de afecto aunque es desconfiado y presenta un gran miedo al abandono. Aparece una dependencia significativa hacia la figura materna en quien deposita toda su ansiedad, esperando lo cuide y contenga. En la interacción social se muestra temeroso de ser rechazado, lo que le produce ansiedad y frustración. Percibe el medio ambiente como hostil y peligroso, ante lo que reacciona de manera desafiante y negativista, presentando conductas impulsivas que le provocan problemas con los otros. Se encuentran también algunos rasgos depresivos.

A.4. Confirmación del diagnóstico

La información recabada a través de los diversos instrumentos aplicados, confirma el diagnóstico de TDAH tipo combinado, comorbilidad con los trastornos desafiante oposicionista, problemas de conducta, ansiedad y depresión. En las respuestas dadas por su madre, al cuestionario de síntomas NICHQ Vanderbilt, el énfasis se centra, más que en los síntomas de TDAH, en el comportamiento oposicionista, resaltando los ítems: discutir con adultos, negarse a seguir reglas, molestar intencionalmente y enfadarse con facilidad. Por su parte, para el maestro el principal problema, además de su dificultad para concentrarse, radica en su comportamiento, especialmente en la agresividad hacia otros.

B). Sintomatología

De acuerdo con la información proporcionada por la madre, fue en la guardería donde lo reportaron por primera vez, al parecer por dificultades para mantener la atención, *“decían que era distraído y no hablaba, cuando en realidad tenía problemas de lenguaje, es que habló hasta los 3 años, creí que era mudo, no contestaba, pero desde que nació fue muy inteligente”*. Asistió a terapia de lenguaje durante un año.

LOS SÍNTOMAS DEL TDAH, SÓLO LA PUNTA DEL ICEBERG

Eva María Esparza Meza

De la guardería pasó a preescolar a los cuatro años, también aquí lo reportaron por no terminar las actividades, *“ya desde entonces hay que estar siempre con él para que termine las cosas, si no las hace muy rápido y mal hechas”*. Otras quejas eran por agresividad *“mordía a los niños, quería las cosas de los otros, aventaba las cosas, el último año lloraba a diario porque no quería ir”*.

A decir de la madre estos comportamientos continúan en la actualidad, no termina la tarea, le pide a ella que la termine, *“es rebelde, se quiere vestir como le da su gana”, peinarse (como mohicano) de forma “indebida”, “siempre” hace lo contrario de lo que se le indica, cuando ella le pide que se apure él se tarda más a propósito y se burla constantemente de ella [sic]; se levanta mientras come y si no le gusta algo avienta el plato:*

Es muy desobediente, lo que más me enoja es que no obedezca, las tareas de la escuela le valen, si vamos a lugares no se comporta bien, me gustaría que fuera más consciente para comportarse bien, más tranquilo de su agresividad, más obediente, que no tuviera ese coraje a su papá, se ha hecho muy vengativo y tiene mucho veneno.

En casa pateo, avienta las cosas y los muebles, es *“contestón”*, la madre expresa que es manipulador, llora mucho y cuando se va a trabajar le dice que tiene miedo de que ya no regrese, de que se vaya a morir. Agrede a la prima de 7 años de edad, es muy sensible ya que dice *“llora por todo, es noble con la gente indigente, pero en casa pateo las puertas y me alza la voz, no le gusta que lo manden, es rebelde”*, con frecuencia dice *“la vida no vale nada, me quiero morir”*. La madre prosigue la descripción del comportamiento de Gabriel:

Es noble, cuando quiere se preocupa por mí, otras veces no; es inteligente pero chantajista: “si no me das 10 pesos me pongo a llorar, me tiro y me revuelco”; siempre me lleva la contraria, es agresivo como mi hermano (medio hermano), me da miedo, es R en chiquito, en los centros comerciales se va sin avisarme.

LOS SÍNTOMAS DEL TDAH, SÓLO LA PUNTA DEL ICEBERG

Eva María Esparza Meza

A pesar de los problemas su rendimiento escolar era bueno, sin embargo, en 4° grado bajó a 7.9 y fue reportado por bullying. Actualmente, a tres semanas de iniciado el ciclo escolar, la madre recibe un citatorio de la escuela, Gabriel ha incurrido en dos actos agresivos hacia sus compañeros, le informan que si vuelve ocurrir uno más será dado de baja; en uno de ellos le dio una patada a un niño en el área genital, el otro fue un golpe a otro niño en la nariz provocando sangrado. Según la madre el maestro dice temer a su agresividad. Luego de pagar la consulta médica de los niños, Gabriel ofreció disculpas, manifestó sus sentimientos de arrepentimiento y dijo sentirse avergonzado.

La madre de Gabriel expresó a la psicóloga del hospital, que los síntomas habían surgido dos años atrás; sin embargo, mediante las entrevistas de mayor profundidad puede observarse, que Gabriel comenzó a presentar síntomas a muy corta edad; desde que asistía a la guardería fue reportado por inatención, cuando solo tenía 3 años; no obstante, previamente se había manifestado una demora importante en el habla; posteriormente aparecieron la hiperactividad, impulsividad, agresión, oposicionismo y labilidad emocional. Se trata de un cuadro sumamente heterogéneo que me hace pensar en que los síntomas reportados actualmente sólo constituyen la punta del iceberg, subyacente a ellos existe un conjunto de factores que los determinan; implican así mismo, una serie de fracasos en la estructuración, que han estorbado el desarrollo de Gabriel. Surge la necesidad de indagar en su historia sobre las experiencias de vida y las fallas en la estructura psíquica que han incidido en la emergencia de su psicopatología.

C). Análisis del caso

En este espacio, presento el análisis del conjunto de experiencias de vida que fueron dando lugar a una serie de fallas en la estructuración psíquica de Gabriel, configurando los determinantes relacionados con la emergencia y evolución de su sintomatología. Veremos cómo a lo largo de su desarrollo e incluso antes de nacer, Gabriel vivió diversas experiencias en el orden del narcisismo negativo; en gran parte debido al fracaso de las funciones parentales y de un ambiente poco

LOS SÍNTOMAS DEL TDAH, SÓLO LA PUNTA DEL ICEBERG

Eva María Esparza Meza

facilitador, que influyeron en que su proceso de estructuración psíquica resultara afectado, generando fallas en la estructura y en algunas funciones psíquicas.

Así mismo, encuentro en su historia, entre otros aspectos, la falta de deseo de hijo en su madre, la enunciación displacentera de su nacimiento que generó un pictograma de rechazo, la presencia del fenómeno de la “madre muerta”, la herida narcisista ante el fracaso de la investidura parental, la constante ausencia materna, la falta de compromiso del padre, el ambiente de violencia en el que nació y ha crecido, aunado al maltrato de que es objeto.

Todo ello me permite sostener que las experiencias tanto tempranas como posteriores han formado una serie complementaria que dio lugar a la dificultad para lograr una adecuada integración del self, de la instancia yoica y de la instauración del superyó, quedando el yo a merced de los impulsos del ello, agobiado por las exigencias del mundo exterior que han obstaculizado el paso del proceso primario al proceso secundario. Los síntomas comenzaron a aparecer tempranamente, evolucionando de una demora en el lenguaje a problemas para libidinizar el aprendizaje, para relacionarse con sus compañeros, para mantenerse sentado y regular la descarga, especialmente de los impulsos agresivos.

C.1. Experiencias antes del nacimiento – fracaso de la investidura fetal

Gabriel es producto de un embarazo adolescente, su madre tenía 16 años cuando se embarazó y su padre 20. No fue deseado ni planeado, representó el “descuido” de una joven que recién comenzaba su vida sexual genital, el embarazo obliga al matrimonio; aspecto que para la madre significó la posibilidad de formar una familia aparte, un medio para huir de un entorno familiar agresivo. Erika (madre de Gabriel) informa que de su padre no sabe nada, la relación entre ella y su madre es muy “mala”, al igual que con el medio hermano menor; *“siempre me esforcé para agradarla, pero nunca lo he logrado”*, menciona que es la única que contribuye con los gastos de la casa y que su madre se enoja cuando no ayuda económicamente al medio hermano, quien, a decir de Erika es *“el hijo preferido”*.

LOS SÍNTOMAS DEL TDAH, SÓLO LA PUNTA DEL ICEBERG

Eva María Esparza Meza

La gestación transcurrió sin problemas físicos aparentes, excepto por la violencia que recibió por parte de la pareja quien no deseaba al niño. En el último trimestre sufre de preeclampsia² que se convierte en eclampsia hacia los últimos días.

Como puede verse, el origen de Gabriel se remonta a un no deseo de hijo, en su madre aparece el deseo de maternidad como medio para alejarse del hogar materno, por lo tanto, el embarazo no representó la culminación del amor parental, es más bien el símbolo de un fracaso. En el imaginario de la madre, el bebé no cumple el propósito de ser amada y apoyada por la pareja, al contrario, se le violenta; de este modo se constituye en el *presagio de un desastre* que comienza a surgir hacia el final de la gestación con la eclampsia, el embarazo se volvió toxemia³. Estos aspectos hacen pensar en que la investidura materna del feto tuvo una carga negativa; por otra parte la madre no presentó la preocupación maternal primaria fundante de un desarrollo emocional sano; su libido no estaba centrada en el embarazo sino en las complicaciones de éste, vivido fundamentalmente como fuente de displacer, un proceso somáticamente intolerable, sobrellevado “*a duras penas*” e impregnado de la pulsión de muerte (Aulagnier, 1986a; Castoriadis-Aulagnier, 1975; Winnicott, 1949, 1958).

C.2. Experiencias alrededor del parto – nacimiento.

a). Primeros indicios de obstáculos en la estructuración psíquica.

A pesar de los síntomas de preeclampsia y después eclampsia, el embarazo se prolongó hasta la semana 42, razón por la que el parto fue largo y difícil, terminando por realizársele cesárea; debido a su condición y para evitar mayores complicaciones se le induce un coma, quedando hospitalizada bajo esta condición durante un mes. Dado que el padre no deseaba al niño, tampoco estuvo presente

² Complicación del embarazo común y peligrosa que pone en riesgo la vida tanto del feto como de la madre. Se asocia a hipertensión y niveles elevados de proteína en la orina y puede evolucionar a eclampsia (Secretaría de Salud, 2002).

³ Toxemia. Se refiere a la preeclampsia, presencia de toxinas en sangre y grandes cantidades de proteínas en orina (Zetina, 2011).

LOS SÍNTOMAS DEL TDAH, SÓLO LA PUNTA DEL ICEBERG

Eva María Esparza Meza

durante el parto, *“ni se interesó por él una vez nacido”*; el niño fue cuidado durante este mes por la abuela materna. Una vez que salió del hospital Erika (la madre de Gabriel) se hace cargo del cuidado del bebé; sin embargo se encuentra muy deprimida, tiene muchos problemas en su relación de pareja, ya que su esposo era celoso, violento y la golpeaba.

Para interpretar los acontecimientos que marcaron el advenimiento de Gabriel al mundo, es necesario considerar que el nacimiento en nuestra cultura tiene un significado paradójico, por un lado se le reconoce como un alivio, ya que al momento del parto se le designa como aliviarse, dando a entender que el embarazo es una enfermedad que culmina con el parto; por otra parte se significa como un evento festivo, un alumbramiento, dar a luz. En el caso de Gabriel, ninguno de estos elementos aparece, no es un alivio ni una luz; en lugar de “aliviarse”, el parto pone en riesgo la vida de la adolescente madre, su nacimiento casi mata a la madre, acontecimiento traumático donde la pulsión de muerte ronda la incipiente relación y la investidura narcisista. De esta forma, Gabriel no tiene un espacio psíquico en sus padres, no llega a la vida en un contexto de alegría y aceptación, sale de un ambiente intrauterino de toxemia para arribar a uno de hostilidad. El primer encuentro entre su cuerpo y la psique de la madre está marcado por un pictograma de ausencia, experiencia de displacer; no hay ninguna muestra de satisfacción por su nacimiento (Castoriadis-Aulagnier, 1975), solamente la bisabuela muestra placer por su llegada. Podemos inferir que el desamparo es una realidad, su sobrevivencia depende de su abuela, quien se ve en la obligación de cuidarlo.

Para Castoriadis-Aulagnier (1975) desde el inicio de la vida, la madre, realiza una función estructurante del psiquismo infantil, para ello se requiere de la enunciación del amor, de la concurrencia del padre y de la manifestación del placer parental por su nacimiento; en este sentido Winnicott (1951,1957) considera que el nacimiento, declarado como placer y satisfacción por la familia, representa la posibilidad de desarrollar el sí mismo y descubrir el mundo. El júbilo parental por el

LOS SÍNTOMAS DEL TDAH, SÓLO LA PUNTA DEL ICEBERG

Eva María Esparza Meza

nacimiento es crucial para dar sentido a la existencia del sujeto, algo que al parecer no ocurrió con Gabriel, el proceso de integración del yo se puso en jaque desde el momento mismo del alumbramiento, dada la insuficiencia de libidinización inicial se abre una grieta donde debiera haberse inscrito el placer, ubicamos los primeros indicios de estorbo en su estructuración psíquica.

Por otra parte, desde el nacimiento la madre está ausente, sumida en el sueño del coma, su función es realizada por la abuela quien ofrece una cierta seguridad ante la ausencia de los padres; su advenimiento representa un acontecimiento infausto, sólo la fantasía (o el enunciado amoroso de la bisabuela) puede transformar en lo inverso, Gabriel expresa en una ocasión que el día más feliz en la vida de su madre fue *“el día que nació, fui un cachito de cielo”*, ella (Erika) sonríe y se limita a decir: *“si el día que nació, porque si lo quería mucho”*. No podemos dudar de su amor al niño, ella es la única que se ha comprometido en su crianza, sin embargo, el *“cachito de cielo”* es una metáfora que significa tanto el cielo azul como la negrura que presagia la tormenta.

b). La herida narcisista de no ser “su majestad el bebé”.

Aproximadamente 2 meses y medio después del nacimiento, Erika comete un intento de suicidio, es internada por depresión grave en un hospital psiquiátrico durante dos meses, mientras el bebé es atendido por su abuela y bisabuela; sale cuando Gabriel tiene cerca de 5 meses, lo que implica que solamente ha estado con él mes y medio; continúa con medicamento: *“durante esa época sentía mucha soledad e impotencia”*.

El bienestar emocional del niño, dice Winnicott (1957) se apuntala en una relación madre-bebé afectuosa, íntima y estable que genere satisfacción para ambas partes de la relación; sin embargo, lo primero que debemos notar es la dificultad para establecer dicha relación: no existió desde el principio, luego comenzó y casi de inmediato se perdió con el internamiento de la madre, quien después aparece nuevamente cuando Gabriel estaba formando una relación de objeto con la

LOS SÍNTOMAS DEL TDAH, SÓLO LA PUNTA DEL ICEBERG

Eva María Esparza Meza

abuela-bisabuela, el principio de placer natural en esta etapa (Freud, 1911) y derivado del placer entre la boca y el pecho, en este caso es sustituido por la necesidad de subsistir; sin embargo, se deduce que algo de satisfacción debe haber recibido de la relación con los sustitutos maternos, de tal forma que pudo encaminarse, aunque precariamente, el proceso de integración; porque como sugiere Green (1993), las investiduras de los sustitutos no son comparables con las producidas por la madre.

Gabriel sufre, desde el inicio de su vida de un descalabro narcisista, de ese narcisismo estructurante del psiquismo, que además de contribuir al desarrollo y fortalecimiento del yo mediante la energía de Eros, contrarresta las tendencias destructivas derivadas de la pulsión de muerte (Freud, 1914, 1940 [1938]). Proviene del amor dispensado al bebé por sus padres, se caracteriza por la sobreestimación, el bebé se vuelve un objeto de amor idealizado: “Su majestad el bebé”, esperanza de los ideales paternos incumplidos. Gabriel no es el niño ideal de sus padres, tampoco es el bebé magnífico que esperaban, en pocas palabras: no vivió la experiencia onnipotente de ser “su majestad el bebé”; su madre es un objeto inaccesible, se le priva del amor necesario para crear un fuerte sentimiento de sí mismo (Freud, 1933 [1932]).

La intensa herida narcisista de Gabriel proviene de la invisibilidad, los hijos de madres deprimidas quedan en calidad de objetos invisibles; una madre deprimida es incapaz de prodigar afecto, no enseña a amar porque es inaccesible al niño que vive la depresión materna como abandono (Green, 1983; Winnicott, 1962c). Carencia, herida narcisista que tempranamente marcó el desarrollo del sí mismo de Gabriel, con el signo de la fragilidad, producto de un narcisismo negativo en el sentido de “algo que no llegó nunca a la existencia” (Green, 1993, p. 35). Sin suficiente confianza y seguridad en sí mismo y en el ambiente, se sentaron las condiciones potenciales para el surgimiento de su psicopatología.

C.3. Experiencias posteriores al nacimiento

a). El abandono - Obstáculos en la integración del yo - primeros síntomas

A la salida del hospital psiquiátrico, Erika continúa deprimida, la violencia en la relación de pareja condujo a su separación, entonces ella y el niño se van a vivir al norte del país con la bisabuela, *“abandoné mucho a mi hijo, lo cuidaba su bisabuela, ella me decía que le echara ganas”*. Después de varios meses regresan a la ciudad de México; los dos primeros años de vida del niño, tanto la abuela como la bisabuela la apoyaron con la crianza y ayudaron económicamente mientras continuaba con sus estudios (carrera técnica). Comenzó a trabajar cuando Gabriel tenía 2 años, momento en que ingresó a la guardería.

La función materna es esencial para la organización del yo, que se constituye a partir de las experiencias del entorno; sin embargo, cuando la madre, por diversas razones no puede enseñar a amar al niño, éste no puede amar y el proceso de integración se ve comprometido (Freud, 1923; 1940 [1938]). En este sentido, Winnicott (1960b) refiere que cuando la madre no da lugar a la ilusión de omnipotencia (yo ideal), se daña el proceso de integración. Es posible inferir que dicho proceso fue muy dificultoso para Gabriel, su madre estuvo en una situación de depresión grave mientras era un lactante, según Green (1983) una madre deprimida no se interesa en su hijo, se establece una carencia de investidura que puede tener consecuencias deplorables, ante una madre “muerta” y un padre inaccesible, solamente los cuidados sustitutos de la bisabuela, lograron que el yo adquiriera una cierta integración y que pudiera escapar de los efectos desastrosos de una madre muerta en vida. Cuando Gabriel escucha su historia expresa sobre la bisabuela: *“con razón todavía me quiere un montón”* [sic].

La integración de la estructura psíquica de Gabriel se puso en jaque desde el inicio, dando lugar a un yo sin la suficiente fortaleza para enfrentar las exigencias internas y externas; para Ana Freud (1971) el debilitamiento del yo y las fallas en

LOS SÍNTOMAS DEL TDAH, SÓLO LA PUNTA DEL ICEBERG

Eva María Esparza Meza

la instauración superyóica tienen su fundamento en las perturbaciones de la relación entre progenitores y niño, especialmente la ausencia de objetos amorosos adecuados en etapas tempranas del desarrollo, así como la inestabilidad de los vínculos afectivos; ambos elementos presentes en este caso; aspecto en el que coinciden los autores psicoanalíticos que han abordado el TDAH (Braconnier y Murcia, 2008; Cione et al., 2011; García, 2012; Günter, 2014; Icart, 2008; Jones, 2011; Lasa y Moya (2012); Leuzinger, 2010, Leuzinger et al., 2011; Salomonsson, 2011; Taborda y Abraham, 2007).

Finalmente Erika toma fuerzas, decide retomar su vida y establece un lazo afectivo con el niño que luego se interrumpe cuando ingresa a la guardería, donde comienzan a darse los primeros reportes de síntomas; entonces Gabriel sufre de una nueva separación, de una desinvestidura o como sugiere Winnicott (1962a) de una discontinuidad que deja huellas en ocasiones insuperable. De esta forma, observamos que si bien Erika informa que el desarrollo del niño fue “normal”, encontramos algunos detalles: en primer lugar, nació con reflujo (aún lo padece con menor intensidad), por lo que requirió de muchos cuidados (brindados por la abuela y bisabuela durante el coma y estancia en hospital psiquiátrico), fue alimentado con biberón hasta los 8 meses, sin dificultades aparentes al destete.

Sin embargo, como mencioné antes, *habló hasta los 3 años*, también hubo problemas en el control de esfínteres “*no quería avisar*”, de la guardería “*siempre me lo entregaban orinado, cuando lo sentaban no hacía, sino hasta cuando lo levantaban, pero una vez que aprendió ya no ha tenido problemas*”. No refiere problemas con la alimentación y duerme bien aunque en la guardería reportaban que no hacía siesta.

Sobre el lenguaje cabe resaltar, que se desarrolla porque las personas que se encargan del cuidado del niño le hablan, lo arrullan, le cantan; no parece que Gabriel sufriera de un trastorno que le impidiera la articulación del lenguaje, más bien indica que no deseaba hablar, porque no tenía interlocutores suficientemente buenos que presentaran y enunciaran el mundo (Castoriadis-Aulagnier, 1975).

LOS SÍNTOMAS DEL TDAH, SÓLO LA PUNTA DEL ICEBERG

Eva María Esparza Meza

Aquí atisbamos los tropiezos para insertarse dentro del orden simbólico, el lenguaje como función simbólica permite la creación y expresión del pensamiento (Green, 1993); Ferrant (2008) sugiere que en tanto la separación de la madre, es un aspecto necesario para la elaboración de representaciones a través de la alucinación de satisfacción, es decir, para la puesta en marcha de la simbolización; cuando la ausencia de la madre ha sido prolongada, supera la capacidad de pensamiento del bebé, las emociones no pueden ser metabolizadas en representaciones. Por otra parte, pareciera que este retraso representa la experiencia de desamparo que sujeta a Gabriel, para seguir operando bajo la modalidad del proceso primario (Freud, 1917).

Después aparece el difícil proceso para el control de esfínteres; Gabriel se niega a la expulsión de orina en el lugar adecuado, una respuesta ante la coerción proveniente del entorno, no es la madre quien se encarga del proceso, lo deja en manos del personal de la guardería; tanto en el problema de lenguaje como en el de control de esfínteres se revela de nuevo el fantasma de la madre muerta, inaccesible, que no responde a las necesidades del niño, no proporciona las experiencias suficientes para la construcción del yo personal; el mundo no es investido satisfactoriamente, la realidad exterior es vivenciada como hostil. De este modo podemos identificar fallas derivadas del psiquismo materno en las funciones de sostén, manipulación y presentación de objetos que no contribuyen ni a la libidinización corporal de Gabriel, ni a una integración satisfactoria, la unidad psicosomática es precaria ya que no hay experiencias de placer en las funciones corporales, ante la posibilidad de derrumbe no queda otra salida que la emergencia de síntomas que hagan voltear la mirada de Erika hacia Gabriel, el que hasta antes de ellos había sido invisible para ella (Winnicott, 1960a, 1962a).

b). Las dificultades para transitar del proceso primario al proceso secundario (fallas en la regulación de la excitación)

De la guardería pasa al preescolar a los 4 años, aparecen por esa época las sospechas de las dificultades para atender, ya que se reporta que no seguía

LOS SÍNTOMAS DEL TDAH, SÓLO LA PUNTA DEL ICEBERG

Eva María Esparza Meza

instrucciones, no hacía tarea, ni terminaba las actividades, *“siempre había que estar con él para que terminara las cosas”*; también emergen los comportamientos agresivos como morder a otros niños; la impulsividad (aventar y patear objetos y muebles) y el llanto porque no quería asistir.

En este contexto, es conveniente señalar que un ambiente facilitador posibilita el avance del niño de la dependencia a la independencia y por ende el progreso en el funcionamiento del proceso secundario. Conforme la integración se fortalece, el niño puede tolerar mejor la separación de la madre para incorporarse a otros ámbitos sociales como la escuela (Winnicott, 1955,1965b). Para este momento, Gabriel había sido atendido por diversos cuidadores: abuela, bisabuela, madre y empleadas de la guardería, sin que verdaderamente se identifique a un cuidador principal, aunque la figura materna comienza a tener mayor presencia a partir de los 2 años. Es decir, Gabriel ha recuperado a su madre, pero tan pronto esto ocurre debe de nuevo separarse de ella, ir a la escuela. Se observa en esta situación una falla en la continuidad que no respeta los ritmos del niño y que a decir de Winnicott (1962a) representa la base de la hiperquinesia y la inestabilidad; de este modo, vemos el surgimiento de un desequilibrio emocional que se traduce en agresión, destructividad y exigencia de que la madre permanezca con él mientras realiza la tarea escolar.

El niño de preescolar todavía es dependiente, no ha logrado un control de impulsos suficiente y en gran medida aún se encuentra bajo el influjo del principio de placer, los avances en esta materia dependen del grado de integración y fortaleza que haya adquirido el yo; sin embargo, Gabriel careció de un cuidado suficientemente bueno y de un ambiente favorecedor, su yo está precariamente integrado, no tiene seguridad en sí mismo, de ahí que el avance en el autocontrol sea pobre. Por otra parte, las manifestaciones de agresividad e impulsividad, se relacionan con el hecho de que para Gabriel la figura materna no ha estado presente ni disponible, tampoco ha sido empática con él; Winnicott (1962b) sugiere que cuando la madre no ha proporcionado suficientes oportunidades de

LOS SÍNTOMAS DEL TDAH, SÓLO LA PUNTA DEL ICEBERG

Eva María Esparza Meza

dar y reparar se daña la capacidad del niño para preocuparse por el otro y compensar el daño ocasionado por sus pulsiones destructivas.

Las relaciones objetales de esta etapa, se caracterizaron por la ausencia del padre, presencia de diversos cuidadores y una relación de extrema ambivalencia con la madre, odiada tanto como amada; Gabriel busca incesantemente las satisfacciones del amor materno que se le han negado desde el principio, pero lo que encuentra es imprevisible, predominan las pulsiones preedípicas, la polaridad amar-odiar contrapuesta a la indiferencia que representa el vacío. Freud (1915) expresa que cuando el vínculo amoroso con el objeto se interrumpe, el amor es reemplazado por el odio, enojado Gabriel dice: *“no le importo a mi mamá... quisiera que ella se muriera, la odio”*; en este sentido, la discontinuidad, las interrupciones constituyeron la esencia de las relaciones objetales del niño; lo que ha obstaculizado la ligazón de las pulsiones de vida y muerte; así, por un lado descarga la pulsión de muerte hacia el exterior y los otros en forma de agresión; por otro la dirige a la madre en forma de odio, de modo que por intermediación de Eros salvaguarda, aunque precariamente, su sí mismo.

Es en este momento de su vida que pueden observarse las dificultades para lograr la necesaria estructuración del psiquismo, se manifiestan los fracasos de la función psíquica para regular la excitación y demorar la satisfacción que Gabriel busca casi de manera compulsiva, la insuficiencia de satisfacciones en la etapa temprana lo mantienen fijado en su búsqueda. La frustración otrora estructurante se vuelve intolerable, de tal manera que el proceso de pensar no sustituye la descarga motriz, que se expresa en oposicionismo y agresividad hacia el medio externo hostil; la insuficiente fortaleza de su yo impele la persistencia de un modo de funcionamiento regido por el principio de placer-proceso primario que no permite el adecuado avance del principio de realidad-proceso secundario (Freud, 1917. 1923); situación que además de perturbar su adaptación escolar, nos indica la presencia de una falla inscrita en su estructura psíquica y que se reflejará en los problemas de su posterior desarrollo.

c). Experiencias de la niñez – factor desencadenante

Cuando Gabriel pasó a la escuela primaria, los dos primeros años transcurren de manera similar a lo ocurrido en preescolar, se le dificulta terminar las tareas escolares, tiene reacciones agresivas hacia los compañeros, en casa continúan las explosiones de enojo; no obstante su rendimiento escolar es adecuado obteniendo promedios superiores a 8. La madre recibe quejas sobre su comportamiento periódicamente, pero no parecen alarmar a nadie.

El trabajo de la madre la absorbe todo el día, por la noche Gabriel hace la tarea hasta que la madre regresa, demandando que se esté con él mientras la realiza. Por la tarde ve televisión o juega videojuegos (de 4 a 6 horas diarias), es cuidado por la abuela, la tía o tío (medios hermanos de su madre), quienes generalmente le pegan cuando se porta mal; aunque a veces se queda solo. La madre también recurre a los golpes como principal medida disciplinaria.

Gabriel y su madre comparten un cuarto en casa de la abuela y duermen en literas. Por estas fechas comienzan a aparecer las manifestaciones edípicas, se muestra posesivo con la madre y se enoja si ésta sale con amigos.

Para cuando Gabriel tiene alrededor de 8 años Erika acepta una oportunidad laboral en un hospital a las afueras de la ciudad, le permite estar entre semana con el niño, aunque se ausenta desde el mediodía del viernes hasta el lunes por la mañana. Es a partir de este acontecimiento que se intensifican los síntomas reportados en el motivo de consulta, especialmente el desinterés por lo académico, la agresividad, impulsividad y destructividad.

d). Experiencias en un contexto escolar hostil – desinterés académico

Gabriel asiste a una escuela pública de tiempo completo, su rendimiento académico ha disminuido en los dos últimos años; su madre relata que no le gusta hacer tarea y no la termina a menos que ella esté sentada a su lado o le pide a ella que la termine; los maestros reportan que es distraído, no cumple con las

LOS SÍNTOMAS DEL TDAH, SÓLO LA PUNTA DEL ICEBERG

Eva María Esparza Meza

tareas, realiza las actividades de mala gana, es sucio en sus trabajos, se para constantemente y es agresivo. El niño refiere que en el recreo no los dejan correr, ni jugar, ni gritar, solo pueden platicar, si corren los amonestan; el maestro actual “*es muy gritón y nos trata mal*”. Únicamente tiene una clase de educación física a la semana y ocasionalmente les permiten jugar fútbol.

Como podemos darnos cuenta, los problemas de adaptación escolar de Gabriel no son nuevos, solamente se intensificaron en los últimos años. Green (1983) apunta que en la psicopatología del individuo no sólo deben considerarse las relaciones internas con el objeto fantasmático, también es necesario pensar en la participación de los objetos de la realidad; en este sentido, las experiencias escolares de Gabriel, desde su ingreso a la guardería han sido displacenteras y negativas, etiquetado desde el inicio como un niño distraído que no hablaba, opositorista (no evacuaba en el momento que se le exigía sino hasta que se le levantaba) y agresivo (mordía a otros niños). Estas experiencias no abonaron para incrementar el sentimiento de sí, ni la fortaleza del yo que aumenta con cada logro, más bien fueron experiencias desvalorizantes (Freud, 1914); de este modo, su ideal del yo se identificó con el niño que no fue el esperado ni por los padres ni por los maestros, un niño que ante la mirada de los otros es una molestia.

Por otra parte, el desinterés de Gabriel en los asuntos escolares merece algunas reflexiones: Freud (1905) establece que la pulsión de saber si bien desligada de la meta sexual, es despertada por la curiosidad del niño en torno a las cuestiones sexuales como el origen de los niños o la diferencia de los sexos; plantea que esta pulsión es una acción sublimada de la pulsión de apoderamiento y de ver. Explica que durante el período de latencia (período en el que debiera estar Gabriel) aparece la capacidad de inhibición de la pulsión sexual, de tal forma que el yo, mediante la sublimación, sustituye la libido erótica por libido yoica permitiendo el desplazamiento de metas sexuales a metas desexualizadas (Freud, 1923); así pues, la libido yoica nos remite al narcisismo estructurante del yo, indispensable para investir libidinalmente a los objetos. Para Winnicott (1960a) el niño podrá

LOS SÍNTOMAS DEL TDAH, SÓLO LA PUNTA DEL ICEBERG

Eva María Esparza Meza

establecer una relación satisfactoria con el mundo cuando ha tenido experiencias de satisfacción derivadas de un cuidado materno y un ambiente suficientemente buenos; este autor (1967b) vincula la falta de capacidad creadora con la experiencia de no encontrarse en la mirada de la madre. Según Green (1983), de la erotización de la mirada se desarrolla la erotización de los procesos del pensamiento; en este contexto, es posible reconocer que Gabriel no tuvo un cuidado ni un ambiente propicio, nunca vio al “magnífico niño” en la mirada de su madre, lo que resultó en una carencia narcisista, muestra innegable de un narcisismo negativo que produjo una vulnerabilidad del yo que no favoreció la adecuada libidinización del pensamiento para obtener satisfacción en el aprendizaje; su yo no dispone de la suficiente fortaleza para sublimar y desplegar su capacidad creadora.

Por otra parte, Winnicott (1963a) señaló que en la latencia, los niños todavía son dependientes, por lo que la escuela debe fungir como un sustituto familiar que auxilie y sostenga al niño para posibilitar su incorporación a un círculo social más extenso; sin embargo en este caso así como la madre fue un objeto inaccesible, la escuela, al repetir la experiencia de inaccesibilidad inscribe una representación desvalorizante de sí mismo, una herida narcisista. Lo que falla en Gabriel no son la atención y concentración, sino la fortaleza del yo para investir el mundo externo y para confiar en sí mismo; su atención se encuentra aún en la búsqueda de la mirada amorosa de la madre, desperdiciada en la recepción pasiva frente al televisor o en la fantasía de convertirse en el superhéroe de sus video juegos (Janin, 2006b; Leuzinger et al., 2011).

e). Un entorno violento - el fracaso en la inhibición de impulsos agresivos

Entre los síntomas motivo de consulta se encuentran la impulsividad, la destructividad y la agresión. Cabe recordar que al inicio de su vida, Gabriel fue criado por su abuela y bisabuela, el padre no se comprometió y la madre estuvo “ausente” hasta los dos años, aunque siempre ha requerido del apoyo de la familia para el cuidado del niño. El entorno donde el niño ha crecido (incluyendo el

LOS SÍNTOMAS DEL TDAH, SÓLO LA PUNTA DEL ICEBERG

Eva María Esparza Meza

escolar), además de la discontinuidad, se ha caracterizado por la violencia que incluye el rechazo, el desamor, la indiferencia y los golpes; la abuela obligada por las circunstancias lo ha criado haciendo palpable su disgusto, le pega cuando se “porta mal”; la madre ha fluctuado entre el amor y el desamor, desde que se hizo cargo de él lo castiga con gritos y golpes, usualmente le pega con un gancho de ropa en pies y manos, *“duele un chorro”* dice Gabriel; Erika se justifica *“siempre me están dando quejas de él (abuela y escuela), me desespera que no obedezca, tengo que repetirle las cosas 10 veces o más, hasta que le grito y solamente cuando le enseño el gancho entiende”*. Otras veces lo amenaza *“si no terminas la tarea te voy a romper la cara”*.

La figura masculina relevante, el tío materno R, lo cuida con cierta regularidad los fines de semana, Gabriel dice admirarlo y se identifica con él: *“me gustaría llamarme R”*; aspecto que preocupa a la madre al expresar: *“es agresivo como mi hermano, me da miedo, es R en chiquito”*; según Erika, el tío es técnico y estudia una carrera, refiere:

Es muy agresivo, celoso, problemático a tal grado que por esa razón recién perdió el trabajo, inhala activo, golpea las puertas, hace poco me amenazó con golpearme con un palo porque no quise darle dinero. Gabriel lo oye y tiene mucho contacto con él especialmente los fines de semana.

Por otra parte, el padre no busca al niño, únicamente lo ve porque éste desea pasar algunos días con él; según Erika cuando lo visita es maltratado y rápidamente lo vuelve a regresar, la última vez lo regresó enfermo: *“me dijo ya me hartó tu escuincle molesto. Cada que lo ve, regresa muy enojado y grosero conmigo”*. Gabriel manifiesta sentimientos encontrados hacia su padre, en el test de la familia imaginaria se observa que, por un lado anhela su reconocimiento, fantasea con una familia unida y feliz, donde él sería el centro de la atención y el padre su aliado, asignándole atributos de trabajador, responsable, fuerte y tranquilo. Por el otro lo odia: *“los papás son enojones y pegan feo, mi papá me regaña feo y me pega con zapes, cachetadas o me jala el pelo”*. Cuando Erika

LOS SÍNTOMAS DEL TDAH, SÓLO LA PUNTA DEL ICEBERG

Eva María Esparza Meza

expresa que el día que se separó de él fue muy triste, Gabriel interviene *“ese fue el día más feliz para mí, porque él golpeaba a mi mamá, yo lo hubiera matado”*.

Desde el comienzo de la vida coexisten las pulsiones de vida (Eros) y la pulsión de muerte, la agresión es un derivado de la pulsión de muerte (Freud, 1923). Tempranamente el yo descompone la pulsión de muerte: una parte es proyectada al exterior y depositada en los objetos (pecho malo), en tanto que otra es retenida por el yo y transformada en agresión. Conforme avanza el desarrollo, las pulsiones agresivas y sexuales se fusionan; sin embargo, si la agresión es muy intensa queda desligada, dando lugar a descargas agresivas sin control, ya sea dirigida al exterior o hacia el yo mismo; la desligazón representa el triunfo de la pulsión de destrucción, donde la agresividad adquiere una fuerza desorganizadora y fragmentadora (Diccionario de psicoanálisis, elortiba.org).

En este sentido, los comportamientos agresivos de Gabriel parecen ser un reflejo de la realidad (externa e interna) en la que ha vivido; su historia de inestabilidad en las relaciones de objeto ha propiciado la desligazón entre pulsiones sexuales y agresivas, siendo el principal peligro el desinvertimiento empobrecedor del yo (Green, 1986). Tomando como referencia a Green (1983), considero que Gabriel tiene un yo vulnerable debido a la herida narcisista infligida por la falta de amor, más aún, se forjó un narcisismo negativo (interacción entre el narcisismo y la pulsión de muerte) que *“se dirige a la inexistencia, la anestesia, el vacío”* (p.38), desde este punto de vista, considero que la agresión de Gabriel es una defensa a la que ha recurrido el yo como única salida para preservar la vida y defenderse del vacío; una respuesta a la amenazante desubjetivación de la agresión proveniente de las propias figuras que en lugar de protegerlo lo agreden. La misma tendencia revelan la fantasía de ser *“un cachito de cielo”* y la identificación con el tío R, dando a la agresión un sentido de virilidad y empoderamiento.

En cuanto a las tendencias destructivas, también derivadas de la pulsión de muerte, parecen indicar un desplazamiento del deseo de destruir al objeto malo (la madre ausente, inaccesible, privadora de amor y agresiva) que se expresa en el

LOS SÍNTOMAS DEL TDAH, SÓLO LA PUNTA DEL ICEBERG

Eva María Esparza Meza

miedo a que su madre se vaya a trabajar los fines de semana *“no te vayas mamá, tengo miedo de que te mueras”*.

La fragilidad del yo se hace patente cuando éste no puede deshacerse de la pulsión agresiva proyectándola al exterior, ni ligarla con la pulsión de Eros, entonces se vuelca contra sí mismo, se siente derrotado, sin esperanza *“la vida no vale nada, me quiero morir”*, *“yo no le importo a mi mamá, estoy de más, por eso me quiero morir, pero también quisiera que ella se muriera, la odio”*. Por su efecto patógeno, la autodestrucción es el aspecto más peligroso de la manifestación de la pulsión de muerte (Freud, 1940 [1938]).

f). La experiencia del Edipo tardío – falla en la instauración del superyó

Gabriel presenta un desfase en el desarrollo libidinal, debiera estar cursando el período de latencia, lo que implica la renuncia edípica y la instauración del superyó que a través de la represión logra la atemperación de la emergencia pulsional (Freud, 1933 [1932]). Sin embargo, manifiesta una mezcla de pulsiones pregenitales propias de etapas anteriores, de la fase oral se observa una marcada dependencia de la figura materna (detectada en la evaluación del hospital y su deseo de que ella lo ayude a hacer su tarea o se la haga, come vorazmente y avienta la comida si no le gusta, chupa su ropa y muerde los juguetes); anal-sádico como la necesidad de control sobre los otros, aventar y patear objetos, desconsideración y crueldad hacia otros, la suciedad en sus trabajos, oposicionismo; de la fase fálica se muestra temerario frente al peligro, exhibicionista ya que gusta de usar los pantalones por debajo de la cintura, de los juegos rudos como las luchas, de sus habilidades para jugar fútbol.

Así mismo, no parece haber tenido manifestaciones edípicas entre los 3 y los 5 años, éstas comienzan a revelarse hasta aproximadamente los 8 años, edad en la que Erika se ausenta los fines de semana y se intensifican los síntomas. En la actualidad se entrecruzan los deseos edípicos de la niñez con los propios de la preadolescencia, comenta que en la escuela aprendió de los cambios del cuerpo

LOS SÍNTOMAS DEL TDAH, SÓLO LA PUNTA DEL ICEBERG

Eva María Esparza Meza

“a mí ya me están saliendo pelos en la axila, por eso sé que ya mero voy a ser adolescente, pero pienso que no me va a gustar lo de la eyaculación”. En este punto es conveniente aludir a Günter (2014), para quien el TDAH involucra un problema de triangulación donde con frecuencia el padre está física y psíquicamente ausente, lo que deja al niño y la madre dentro de un círculo de excesiva excitación. Para Gabriel su madre es su objeto amoroso ambivalente: trabajadora, estudiosa, inteligente, cariñosa *“siempre me abraza y besa”* ... *“yo a ella la quiero muchísimo”* (test de la familia); experimenta intensos celos hacia los amigos y novio, que se convierten en ira al no retener la mirada aprobatoria de ella, temiendo no ser suficientemente bueno para lograr su amor, sobre esto expresa: *“tengo mamitis”...no quiero que vaya fodonga –a la escuela-, es que luego va bien fodonga”*.

Reclama para sí todo su interés: *“no me pone atención, se la pasa viendo sus telenovelas y habla con sus novios, siempre me contesta: “espérate, espérate”; no sé qué le ve a sus novios, yo estoy más guapo que ellos”...“yo solo quiero que vaya al futbol o al parque conmigo, que no vaya nadie más”*. Expresa sus celos *“mi mamá quiere más a su novio que a mí,... “el novio de mi mamá me cae muy mal, me molesta que le de derecho de regañarme,... pero lo que me cae más mal es que mi mamá sea tan piruja”*.

Erika comenta que cuando salen y va con ellos su prima de 7 años, la molesta y agrede, *“se enoja porque no quiere que yo quiera a alguien más que no sea él”*. La presencia del novio ha incrementado sus celos, ama a su madre, desea poseerla; para el novio muestra sus impulsos hostiles, lo odia y quiere que se vaya.

Dadas estas circunstancias, vemos un deseo edípico tardío donde todavía no ocurre la renuncia, es notoria la falta de una figura parental que realice el corte, que imponga la ley de la prohibición del incesto. Esto tiene un efecto directo en la instauración del superyó; para Freud (1923) esta instancia es descendiente del complejo de Edipo, o mejor dicho del cancelamiento de este complejo que ocurre con el advenimiento del período de latencia, el superyó representa la

LOS SÍNTOMAS DEL TDAH, SÓLO LA PUNTA DEL ICEBERG

Eva María Esparza Meza

interiorización de las demandas, ideales y mandatos parentales; el diccionario de elortiba.org, señala que para algunos autores las prohibiciones se interiorizan antes de que el Edipo decline; en este sentido, si pensamos que en Gabriel este complejo tiene lugar en plena latencia, se podría suponer que carece totalmente de adaptación a las normas sociales, pues se observa una demora en la aparición y por tanto elaboración del conflicto edípico que dé lugar al superyó. Sin embargo, lo que se identifica mediante la evaluación es más bien rechazo y dificultad para aceptar las normas, de ahí que se muestre renuente y desafiante.

Por otra parte, Freud (1933 [1932], 1939 [1934-38]) considera que el papel de agencia de control realizado por el superyó, antes de que éste se instaure, es desempeñado externamente por la autoridad de los padres (portavoces de la cultura) y otras figuras como parientes y maestros; ya que el niño pequeño no tiene todavía inhibiciones internas, su aparato solamente busca la descarga y el placer; la demora y renuncia a esta constante búsqueda de placer se realiza por la angustia a perder el amor de los padres, que posteriormente se desplaza a la angustia frente al superyó. De esta forma, el superyó es la consciencia moral generadora del sentimiento de culpa; el yo, bajo su influjo ejerce la represión y renuncia a la satisfacción pulsional que le merecerá el reconocimiento de esa instancia; se establece tanto lo que está permitido como lo prohibido. A partir de entonces el yo carga con la difícil tarea de satisfacer a tres amos: las exigencias de satisfacción pulsional provenientes del ello, los requerimientos del superyó y las demandas de la realidad externa.

Sin embargo, “el superyó resulta mutilado en su fuerza y configuración cuando el complejo de Edipo se ha superado sólo de manera imperfecta” (Freud, 1933 [1932], p. 59). En el caso de Gabriel, la falta de padres y la discontinuidad ha generado una demora en el logro de ese control externo necesario para la regulación pulsional; así mismo, los portavoces de la cultura (padres, cuidadores y maestros) no fungieron ni como yo auxiliar, ni han sido figuras de autoridad

LOS SÍNTOMAS DEL TDAH, SÓLO LA PUNTA DEL ICEBERG

Eva María Esparza Meza

sólidas; el superyó de Gabriel no ha adquirido la fortaleza suficiente para que su yo pueda dominar los impulsos y adecuarse a las exigencias externas.

En este punto, es conveniente reflexionar sobre algunas cuestiones que tienen que ver, tanto con la emergencia de psicopatología como el proceso de constitución de la estructura psíquica. Dada su historia de vida, podríamos suponer que tanto la estructura como el funcionamiento psíquico de Gabriel debieran encontrarse en peores condiciones de empobrecimiento debido a todas sus experiencias negativas de vida; especialmente que, sabemos por la literatura, de las nefastas consecuencias de la carencia de deseo de hijo, de la convivencia con una “madre muerta”, del narcisismo negativo y de un ambiente además de hostil, poco favorecedor. Sin embargo, el análisis meticuloso del caso nos permite reconsiderar la importancia de los aspectos constitucionales, que en este caso pareciera dotaron de cierta fortaleza a Gabriel; por otra parte, el caso evidencia la transcendencia de la presencia, al inicio de la vida, de una persona capaz de invertir afectivamente al niño, independientemente de si es o no la madre biológica, como aconteció con la bisabuela de Gabriel, única persona que fungió como figura de sostén afectivo los primeros días de nacido; gracias a su investidura el niño pudo lograr una cierta integración del self que le permite funcionar, aunque precariamente bajo el principio de realidad.

Aunado a lo anterior, es de resaltar el papel estructurante y defensivo de la fantasía; Gabriel creó la fantasía de ser “un cachito de cielo”, constituyendo una fuente narcisista que lo ha sostenido, que le ha dado sentido a su existencia al proporcionarle la ilusión de ser la completud para su madre, un cachito de cielo que la iluminó y dio felicidad. Me pregunto qué hubiera sido de Gabriel sin esta fantasía de grandiosidad, no tengo certeza alguna, pero posiblemente hubiese caído en el abismo del vacío que produce el narcisismo negativo, en el abandono de la búsqueda de placer, la desinvestidura absoluta. El origen de esta fantasía no es claro, sin embargo, tal vez fue posible gracias a la enunciación de placer

LOS SÍNTOMAS DEL TDAH, SÓLO LA PUNTA DEL ICEBERG

Eva María Esparza Meza

emitida por la bisabuela, lo que de nuevo nos conduce a la vital presencia de un Otro significativo y objetalizante.

En lo que concierne a la psicopatología, debemos precisar que los síntomas dicen mucho; Freud en 1917 [1916-17] propuso que el surgimiento de psicopatología se debe al entramado entre lo adquirido en la infancia y las experiencias posteriores; de esta forma, el sentido de los síntomas se entrelaza con las experiencias del individuo, representa un costoso gasto de energía que termina por empobrecer a la persona. Sin embargo, en ocasiones, el aparato psíquico no tiene otra salida que la formación de síntomas; el niño necesita encontrarse en la mirada de la madre, pero cuando ésta no devuelve nada, los síntomas se erigen en el medio ideal para conseguirla, de este modo, los síntomas adquieren valor vinculante; actúan así, a favor de la pulsión de Eros. ¿Qué sería de Gabriel sin sus síntomas? Posiblemente la nada, la vuelta a cero, al vacío depresivo; sin síntomas no obtendría la mirada de la madre, quedaría preso de la indiferencia, a merced de los efectos destructivos de la pulsión de muerte.

En este contexto, la desatención de los asuntos escolares, representa más bien el desinterés en la realidad externa, producto de la desinvertidura sufrida en la infancia, que atrofia la curiosidad y el deseo de aprender. El exceso de movimiento y la incapacidad para un control adecuado de impulsos representan una evacuación, satisfacción sustitutiva del deseo de encontrarse en la mirada materna, de reconocerse como objeto de amor, de hacerse presente. Así mismo, significan la ausencia, la discontinuidad del cuidado parental. Que le queda a Gabriel sino su grandiosa fantasía sobre su advenimiento, sus síntomas.

CASO ALINA: “Sin lugar en el mundo”

A). Información general

A.1. Descripción

Alina me fue remitida por un centro de asistencia psicológica perteneciente a la Facultad de Psicología de la UNAM. Cuando la veo por primera vez está a dos semanas de cumplir 8 años; por su complexión menuda, aparenta menor edad. Recién ha iniciado el 3er grado de primaria en una escuela oficial de horario extendido; sus padres informan que su rendimiento escolar, tanto en primero como segundo grado fue de entre 6 y 7, en preescolar obtuvo mejores calificaciones y comenzó a bajar en primero de primaria.

Es la tercera y última hija de una familia de escasos recursos económicos, compuesta por el padre de 47 años, de escolaridad media, que labora en un taller de empaques; la madre de 41 años con escolaridad media, dedicada al hogar; un hermano de 19 años y una hermana de 16, ambos cursando la preparatoria.

A.2. Motivo de consulta

De acuerdo con la información proporcionada por la madre al centro de asistencia psicológica, solicita el servicio debido a que Alina es “*muy inquieta*”, de la escuela la reportan como hiperactiva, irritable y agresiva. Su madre agrega que “*pelea mucho con sus compañeros y hermanos*”; con ideas de minusvalía y muerte, ya que al final del 2° grado les decía a sus compañeros que se quería morir porque los otros niños le decían “*tonta*”, “*sus primos la rechazan*”.

La maestra actual refiere que “*no termina los trabajos en la escuela, se para constantemente, se distrae y su autoestima es muy baja*”. La madre informa que se come las uñas desde que ingresó a la escuela primaria, le han reportado que no trabaja en la clase de educación física, “*pero lo que más me preocupa es que en los cuadernos de segundo año escribía: “soy tonta”, “me quiero morir”*”.

A.3. Confirmación del diagnóstico

De acuerdo con la información proveniente de los instrumentos aplicados, confirmamos el diagnóstico de TDAH en su forma combinada, presentando comorbilidad con trastorno desafiante oposicionista y rasgos de depresión. Las respuesta a la escala de síntomas NICHQ Vanderbilt, contestada tanto por los padres como la escuela, coinciden en la sintomatología, se señalan problemas en el desempeño escolar, especialmente en lectura, expresión escrita y matemáticas; conflictos en la interacción con compañeros y hermanos, problemas de comportamiento en clase, dificultad para seguir instrucciones, participar en actividades organizadas, así como no concluir tareas asignadas. La maestra agrega el comentario: “no expresa sus sentimientos”:

La menor presenta antecedentes de NO integración en su grupo anterior (2° grado) debido a que se mostraba con cierta agresividad hacia sus compañeros quienes no la aceptaban. Se muestra solitaria en su descanso, presenta baja autoestima. Es posible que se sienta rechazada pero no lo externa. Parece no importarle una llamada de atención. Cuando se le pide hablar con su papá se nota temerosa, no así con su mamá.

B). Sintomatología

La información proporcionada por los padres, nos hace pensar en un inicio temprano de los síntomas, mencionan que Alina era irritable desde que nació, ya que lloraba mucho “*era muy chillona, chillaba día y noche, no la podía calmar*”. Sin embargo, ellos se percatan de que algo no andaba bien hasta que ingresó a 1° de primaria, al parecer “*resintió mucho el cambio*”, explican que al preescolar asistió a una escuela privada, pero ya en primaria la inscribieron en una escuela oficial. Paulina (su madre) expresa que la nueva escuela “*no le gustaba y me preguntaba por qué la habíamos cambiado*”, a ella le daba mucha tristeza porque cuando jugaba con sus muñecas la oía como les decía “*siéntate, no te pares o te voy a castigar, si no terminas el trabajo eres una burra*”. A finales de ese año empezaron

LOS SÍNTOMAS DEL TDAH, SÓLO LA PUNTA DEL ICEBERG

Eva María Esparza Meza

a llegar los primeros recados de que se distraía, no terminaba trabajos, no llevaba tareas y comenzó a morderse las uñas.

Para 2° grado la situación empeoró

Esa maestra como que la hacía a un lado, como que la rechazaba, siempre llevaba recados en su cuaderno de que no trabajaba, de que era agresiva, no hacía caso, se levantaba de su lugar. Un día fue una brigada médica y fue cuando nos dijeron que era imperativa [hiperactiva] y que la lleváramos al psiquiátrico Juan N. Navarro.

Al parecer en esta institución se le practicó una valoración psiquiátrica, a partir de lo cual se le prescribió un medicamento cuyo nombre los padres no recuerdan, ellos decidieron que no lo tomara “*hubo un tiempo que pudimos controlarla*”.

Paulina señala que hacia el final de ese año escolar:

Me dio mucho miedo cuando la maestra me informó que Ali decía y escribía en sus cuadernos que se quería morir, que no servía para nada, hasta la fecha algunas veces lo dice y escribe en sus cuadernos “soy tonta”; tanto en mi familia como en la de Reynaldo [el padre] se burlan de ella.

Su madre comenta que la maestra actual (3er grado) “*tiene mejor actitud con ella, la sienta adelante*”; aunque la frecuencia de los reportes ha disminuido, continúan los que indican que no trabaja y se levanta constantemente, “*pero al menos los recados que ha traído están escritos menos feo*”; la maestra de educación física también dice que no quiere trabajar; en un mensaje esta maestra describe:

Alina agrede a sus compañeros, no le gusta asistir a clase y se esconde frecuentemente, no platica con nadie, se muestra huraña, sus compañeros la rechazan por su misma agresividad, si le llamo la atención se retira de la clase y se esconde; no puede esperar su turno en las actividades y no espera al final de la clase para pasar asistencia.

LOS SÍNTOMAS DEL TDAH, SÓLO LA PUNTA DEL ICEBERG

Eva María Esparza Meza

Unas semanas después, en la última sesión de evaluación, Paulina (su madre) me informa que se presentó un incidente en la escuela, Alina mordió a una niña en el labio, los padres muy molestos solicitaron la expulsaran. La escuela pidió les enviara una constancia de que asistía a psicoterapia para evitar la expulsión; posteriormente, la maestra (que supuestamente *tenía mejor actitud*) me envió un mensaje quejándose de la agresividad de la niña, negándose a tenerla más en su salón, razón por la que fue cambiada de grupo. A partir de este incidente la escuela presiona constantemente a los padres para que la niña sea medicada y condiciona su estancia a la administración del medicamento, dado que los padres se niegan medicar a Ali, las maestras muestran una postura de franco rechazo a la niña, enviando invariablemente quejas de su comportamiento *“Ali no cambia, sigue igual, es agresiva, desafiante, no obedece ni sigue instrucciones”*; la escuela se queja pero no realiza acciones para resolver el problema, la maestra se justifica aduciendo que tiene 30 niños y que no puede dar atención individual a nadie.

En el ámbito familiar, se reporta una interacción difícil, Ali pelea continuamente con sus hermanos, Paulina menciona *“la hacen a un lado”*, el grande *“prefiere a una primita de 5 años que a su propia hermana, es grosero y agresivo con ella, le dice tonta, quítate estorbo o quítate escuincla fea, le da de zapes en la cabeza”*; Araceli su hermana *“no la soporta”*. Paulina comenta que Alina es rebelde y usualmente la desafía, razón por la que le pega *“me desespera, le pego cuando no obedece”*, es *“berrinchuda, llora, se tira al piso y no la puedo controlar”*; su padre recurre a los golpes con menos frecuencia pero le grita a menudo *“no le tiene paciencia”* dice la madre.

En la entrevista con Ali (así le gusta que le llamen) reconoce ser agresiva con otros niños y que no termina los trabajos escolares que le asignan, refiere que en la escuela está prohibido correr, saltar y gritar, solamente pueden jugar al avión.

Como podemos darnos cuenta, Alina cumple con todos los requisitos implicados en el diagnóstico de TDAH (desatención, hiperactividad, impulsividad) sus comportamientos son más acentuados en el ámbito escolar, donde es rechazada y

LOS SÍNTOMAS DEL TDAH, SÓLO LA PUNTA DEL ICEBERG

Eva María Esparza Meza

se le ha estigmatizado con una etiqueta de “niña problema”, que parece estar grabada como un tatuaje imposible de borrar. La dinámica familiar es abiertamente hostil y violenta; su historia de vida está marcada por el rechazo; identifico que existen motivos para pensar que Ali no tiene un espacio en el mundo.

C). Análisis del caso

Se expondrán en este inciso las experiencias de vida de Alina desde antes de nacer, destacando la falta de deseo de hijo y de investidura fetal. En torno al nacimiento tiene lugar una experiencia traumática tanto por el sufrimiento fetal como por la carencia de espacio dentro de la estructura familiar, su advenimiento no produjo placer. Entre las experiencias de vida posteriores encontramos la depresión materna que baña de lágrimas el rostro de Alina, por segunda vez se enfrenta a lo negativo mediante el desafío; luego vendrá la debacle familiar y el rechazo escolar que resignifican la experiencia traumática del “sin lugar” y la no aceptación, el retorno de lo reprimido amenaza la frágil estructura de Ali. A través del análisis de sus experiencias es posible identificar los elementos de la ecuación etiológica que dio lugar al surgimiento de fallas en la estructura psíquica y la consecuente emergencia de la sintomatología que traba su desarrollo psicológico.

C.1. Experiencias antes del nacimiento - fracaso de la investidura fetal

Paulina narra que antes de quedar embarazada de Alina todo iba bien, ella estaba dedicada a su hogar y crianza de sus dos hijos mayores, en tanto que Reynaldo era empelado de una empresa paraestatal (que posteriormente desapareció); ella se cuidaba con pastillas anticonceptivas, un día olvidó tomarla *“solo fue un día y quedé embarazada, lo supe cuando ya no llegó mi regla”*; de esta forma, el embarazo de Ali se debió a un olvido, un accidente. Al principio la noticia no fue bien recibida –aspecto que marcará la vida de Ali desde entonces- *“ya no la esperábamos”*, el mayor tenía 11 años y la menor 8, *“era volver a empezar, nos tomó desprevenidos, pero luego ya la aceptamos”*. Durante la gestación el estado anímico de Paulina fue más bien depresivo, constantemente se preguntaba el

LOS SÍNTOMAS DEL TDAH, SÓLO LA PUNTA DEL ICEBERG

Eva María Esparza Meza

porqué de su embarazo y los problemas que ello implicaba para su situación económica, *“no estaba feliz”*.

Alina no fue una hija deseada, vino a romper, a irrumpir la aparente tranquilidad de una familia ya formada donde no se le pensaba, no había un espacio físico ni psíquico para ella; su madre no pudo lograr un estado de preocupación maternal primaria para identificarse con el feto, porque estaba sumida en su propia preocupación depresiva (Winnicott, 1960a). El embarazo no fue la “dulce espera”, ésta estuvo cargada de tristeza y desesperación; de este modo, se observa un fracaso de la investidura fetal, donde Ali no es hija del amor sino de un olvido, que la convierte en un personaje advenedizo dentro de la escena familiar; la sombra hablada se convierte en presagio de una catástrofe, en su historia quedará el registro del displacer que tanto su concepción como gestación produjo en sus padres (Castoriadis-Aulagnier, 1975).

C.2. Experiencias alrededor del parto – nacimiento

a). La llegada a la vida: una experiencia traumática

A decir de Paulina, aparentemente el embarazo tuvo un curso normal, sin embargo, hacia el final del mismo sufrió un repentino sangrado que requirió de que la internaran una semana, la dieron de alta y a las 2 semanas, mediante un ultrasonido, detectaron taquicardia en el producto – signo de sufrimiento fetal agudo⁴ –. *“Me dijeron que se estaba pasando el embarazo”*, por lo que le practicaron cesárea. El parto se complicó *“la placenta estaba pegada y cuando trataron de quitarla se llevaron también la matriz”*, le extrajeron el útero y un ovario, la madre quedó hospitalizada durante una semana. Unos días después de que salieron del hospital, al llevar al bebé a revisión pediátrica notaron que estaba amarilla, así que la niña fue internada durante 3 días por presentar ictericia.

⁴ El sufrimiento fetal agudo puede provocar la muerte o lesiones permanentes al feto, se debe a un déficit de oxígeno secundario e insuficiencia en la circulación útero-placentaria (Espinoza, 1973).

LOS SÍNTOMAS DEL TDAH, SÓLO LA PUNTA DEL ICEBERG

Eva María Esparza Meza

En lo que concierne a este hecho, es pertinente lo que explica Freud (1917 [1916-17]) sobre la angustia, derivado de angostamiento, refiere la falta de aliento experimentada en el acto del nacimiento, sensaciones displacenteras que se han vuelto paradigma del efecto ante un peligro mortal; primera manifestación de angustia que refleja el peligro inminente al que se enfrentaron tanto la madre como la niña, lo que dio como resultado que el parto fuera una experiencia catastrófica (Green, 1983) y traumática para ambas.

Según el discurso de Paulina, el suceso es vivido como “*castigo*” a su deseo de que “*no naciera*” la niña, por lo que a partir de ese momento cargará con un intenso sentimiento de culpa que jugará un importante papel en el surgimiento y persistencia de los síntomas. En su encuentro con el mundo, Alina descubre el sufrimiento, pugna por la vida que tiene lugar entre la pulsión de Eros y Tánatos, si bien triunfa la primera, la última dejó su huella, la marca traumática de lo inelaborable, inscripción de un pictograma de displacer, de sufrimiento, que representa sus penurias para hacerse de un lugar en el mundo. Marucco (2006) nos dice que lo traumático se caracteriza por el exceso, la intensidad de una excitación que penetra la barrera protectora del psiquismo, de ahí los efectos patógenos que genera en la estructuración y funcionamiento psíquico, ya que altera y empobrece la economía energética (Freud, 1920); esto es más complicado al inicio de la vida cuando el niño no cuenta con la capacidad para dar sentido al hecho traumático, pero que en el caso de Alina dejará sentir sus efectos en su desarrollo posterior, ya que como Castoriadis-Aulagnier (1975) sugiere, la falla en la inscripción del placer, influye en la dificultad del niño para “la catectización autónoma del propio cuerpo” (p. 205).

b). La experiencia de la depresión materna – el origen del desafío

Los padres se muestran ambivalentes respecto del nacimiento de la niña, por un lado dicen que la recibieron con gusto, pero al mismo tiempo “*estábamos muy preocupados con la situación económica*”. Después del parto Paulina cae presa de la depresión: “*me preguntaba ¿por qué, por qué me embaracé, por qué nació? me*

LOS SÍNTOMAS DEL TDAH, SÓLO LA PUNTA DEL ICEBERG

Eva María Esparza Meza

sentía muy rara, como ida, así estuve como por 5 meses”, le prescribieron medicamento antidepresivo⁵ (no recuerda el nombre) “pero me la pasaba llorando mientras la amamantaba o cuidaba, el médico dijo que eran las hormonas, pero eso no me pasó con mis otros dos hijos, yo creo que fue porque la rechazaba”, mientras habla de ello llora y refiere “la culpa nunca se me ha quitado”. Reynaldo se frota las manos con ansiedad mientras Paulina continúa recordando:

Todo el tiempo me sentía como rara y me desesperaba con Ali porque era muy chillona, chillaba día y noche, no la podía calmar; ya después cuando se me pasó la depresión la cuidé mucho y la quise mucho, le daba todo porque me sentía culpable.

Como mencioné antes, el espacio al que Alina advino no fue previamente investido de amor, sino de rechazo, de no aceptación. Así mismo, el encuentro inicial entre su cuerpo y la psique de su madre estuvo impregnado por la pulsión de muerte, el sufrimiento. Después de este primer encuentro viene la ambivalencia, si hubo gusto –dicen los padres- pero su deprimida madre se cuestiona su nacimiento, tal vez (interpretación mía) deseando que hubiese muerto durante el parto, de ahí su posterior sentimiento de culpa. Su madre está deprimida durante los primeros 5 meses, le prodiga todos los cuidados necesarios, pero no la inviste narcisistícamente, solo la impregna con sus amargas lágrimas. Si bien la misma Paulina menciona estar “como ida”, considero que no se trata de un núcleo frío (Green, 1983), su ausencia se relaciona con una distorsión de la “preocupación maternal primaria” que según Winnicott (1960a), dota a la madre de la capacidad para identificarse con el bebé y entender sus necesidades; Paulina se encuentra sumida en su propia preocupación, sin poder libidinizar el maternaje, sin asumirse en el yo auxiliar, protector, sostenedor de Alina.

⁵ Los antidepresivos se eliminan en la leche materna. Se desconocen los efectos en el lactante, aunque ciertos medicamentos como la fluoxetina provocan irritabilidad, llanto excesivo, alteraciones del sueño y alimentación; se ignoran las consecuencias a largo plazo en el desarrollo del niño (Olza, Serrano y Muñoz, 2011; Protocolo Clínico de la ABM, 2008).

LOS SÍNTOMAS DEL TDAH, SÓLO LA PUNTA DEL ICEBERG

Eva María Esparza Meza

Si bien Paulina se puede inscribir dentro de la categoría de “madre muerta”, encuentro que presenta una variante cualitativamente diferente, ya que el desinterés por la niña no se encuentra en primer plano y su mirada no devuelve el vacío; lo que resalta es la tristeza acompañada de un cuidado culposo. En este caso, el contacto físico a través del amamantamiento, transmite el desconcierto de la madre que no saber qué hacer ante la llegada de Alina; así mismo, cuando ésta ve el rostro de su madre encuentra su tristeza, el llanto con el que la baña derivado del sentimiento de culpa, de la no gratificación (Green, 1983; Winnicott, 1967b); por su parte la niña responde “*chillando día y noche*”, como si con sus chillidos interrogara la tristeza de su madre “¿es por mí que lloras madre?”; en lugar de una investidura narcisista estructurante, se registra una experiencia de desamparo, ya que Alina no constituye el soporte suficiente que mitigue la depresión materna (Aulagnier, 1986b). Sus chillidos son también un desafío “¡despierta, haz algo!”. De esta manera, el comportamiento desafiante se instala en Alina, ya antes había desafiado a la muerte, ahora desafía a la vida.

Por qué la tristeza y el abatimiento de Paulina, es algo que sólo sabré más tarde, en una ocasión narra ella “*siempre he sido muy reservada*”, sus padres tuvieron hijos más que por amor por un factor de la biología, ambos crecieron en un ambiente de violencia y falta de cariño; a su vez Paulina creció con un constante miedo a la violencia del padre alcohólico y la inexpresividad afectiva “*nunca nos dijeron que nos quisieran, que al menos nos hicieran un cariño*”. El nacimiento de Alina remueve su propia indefensión infantil, sus propias carencias afectivas que no puede reparar. Ambas quedan ligadas por un conocimiento inconsciente, reprimido, saberse que no fueron bienvenidas, que no tienen un lugar; la historia de Reynaldo (el padre de Ali) también está atravesada por la violencia, sus padres fueron criados a golpes y así lo criaron a él. En este sentido, Aulagnier (1986a) identificó cómo cada individuo juega un papel dentro de la escena familiar que es definido con anterioridad por la propia historia y psiquismo de los padres, transmisión transgeneracional en donde la falta de lugar dentro de la historia

LOS SÍNTOMAS DEL TDAH, SÓLO LA PUNTA DEL ICEBERG

Eva María Esparza Meza

familiar, instaura un factor potencialmente patógeno concerniente a la experiencia del narcisismo negativo.

c). El sentimiento de culpa materno – intolerancia a la frustración

Luego de la fuerte depresión que Paulina padeció los primeros 5 meses de vida de Alina, se recuperó *“cuando se me pasó la depresión la cuidé mucho y la quise mucho, le daba todo porque me sentía culpable”*; entonces trató de reparar el daño infligido colocando a Alina por encima de todas las cosas, tratando de evitar toda experiencia de insatisfacción y con ello impidiendo el desarrollo de la capacidad para tolerar la rabia de la desilusión, de la frustración, la aceptación de las necesidades de otros (Winnicott, 1963a, 1971). La recuperación de la depresión posibilitó el establecimiento de un fuerte y placentero vínculo emocional entre Alina y su madre que permitió un suficiente grado de integración psíquica para que funcionara adaptativamente durante la etapa preescolar; pero de cualquier forma, ya se había introducido una falla narcisista en la estructura de Alina, un yo cuya estabilidad, como diría Green (1983) *“quedó sentida”*, vulnerable.

C.3. Experiencias posteriores al nacimiento

a). Ser aceptada – el fugaz engrandecimiento del sentimiento de sí

Alina estudió preescolar en una escuela privada, los padres narran que desde que ingresó iba con gusto, ahí aprendió a leer, escribir y hacer sumas sencillas. Cuando cursaba el tercer grado, la empresa donde laboraba el padre desapareció quedándose sin trabajo; aspecto que afectó a toda la familia:

Todo se derrumbó, nos quedamos sin nada y con muchas deudas, tuvimos que sacarla de la escuela porque ya no teníamos con que pagar; ahí en el kínder se portaron bien con nosotros, fue cuando la becaron porque ella iba muy bien.

Gracias a las vivencias amorosas provistas por el restablecimiento del vínculo madre-hija, el yo de Alina pudo obtener satisfacción e inhibir los afectos dolorosos,

LOS SÍNTOMAS DEL TDAH, SÓLO LA PUNTA DEL ICEBERG

Eva María Esparza Meza

sus primeras experiencias traumáticas quedaron reprimidas (Freud, 1895); de esta manera, el preescolar significó un ambiente donde la niña se sintió aceptada y valiosa, un lugar donde tenía cabida; estas circunstancias permitieron que Alina invistiera afectivamente el mundo exterior consiguiendo satisfacción en el aprendizaje, engrandeciendo su frágil sentimiento de sí (Freud, 1914).

b). El derrumbe – quebranto de la precaria estabilidad

Dada la situación económica por el desempleo del padre, al salir de preescolar la inscribieron en una escuela primaria oficial, *“ella resintió mucho el cambio, no le gustaba y me preguntaba por qué la habíamos cambiado, jugaba con sus muñecas y decía “síéntate, no te pares o te voy a castigar, si no terminas el trabajo eres una burra”*. Es entonces cuando comienzan a recibir los primeros recados donde señalaban su distracción, que no terminaba los trabajos, no llevaba tarea, no permanecía sentada en su lugar y se mordía las uñas.

La pérdida de trabajo de su padre no solamente ocasionó que cambiaran a Alina de escuela, la casa donde habitaban quedó a medio construir con tan solo dos cuartos, su hermana mayor irá a dormir a la casa de una tía que vive a lado; el hermano deberá desde entonces compartir el cuarto con Ali, aspecto que le desagrada y por el cual la molesta continuamente reclamándole que no es su cuarto, ella a su vez agarra sus cosas sin su consentimiento, él le pega.

Por otra parte, su madre que hasta antes de la debacle se había dedicado al hogar, tuvo que comenzar a trabajar, por la tarde Alina se quedaba bajo el cuidado de su hermana mayor que tenía solamente 13 años de edad, ella narra que quería cuidarla bien, pero *“no la podía controlar, no me obedecía, por eso mejor la dejaba hacer lo que quería ”*, Ali se salía a la calle y se juntaba con otras niñas del barrio que según su madre le enseñaron a decir *“groserías y echar mentiras”*; desde entonces sus hermanos *“la hacen a un lado”*.

LOS SÍNTOMAS DEL TDAH, SÓLO LA PUNTA DEL ICEBERG

Eva María Esparza Meza

La situación no era mejor para el padre, dando muestras de ansiedad explica: *“fue un tiempo en que casi no estuve, me salía todos los días a buscar trabajo, emocionalmente estaba muy mal, entre enojado y desconcertado”*.

Los párrafos anteriores dan cuenta de los efectos devastadores producidos por la pérdida de trabajo del padre de Ali, toda la dinámica familiar se ve alterada y todos los miembros de la familia se recientan emocionalmente; sin embargo, es precisamente en Ali donde los niveles de deconstrucción (a medio construir, como la casa) son más evidentes ya que además de ser la menor, su frágil estructura no fue capaz de soportar el desconcierto, reaparece el desaliento (Winnicott, 1960b); la sensación de no tener lugar genera una deficiencia en el autocontrol, así como de bebé chillaba sin control, ahora actúa de la misma forma. Nuevamente se enfrenta a la pérdida de los objetos amorosos, que no son capaces de protegerla porque cada uno de ellos está sumido en su propio duelo y perplejidad.

El mundo exterior vuelve a desplegar sus alas de hostilidad, la escuela fracasa como espacio sustituto de la familia, no es bien recibida, ni se muestra tolerante, no la aceptan; el yo de Alina se empobrece, al quedar desprotegida aparece de nuevo el fantasma del desamparo (Freud, 1940 [1938]); se vuelve *“grosera, echa mentiras, no obedece, pelea constantemente con los hermanos y compañeros, odia asistir a la escuela”*, su madre la castiga pegándole con un gancho o lo que encuentre. En este sentido, Freud (1915) explica que cuando se pierden los vínculos amorosos, es común que aparezca el odio, éste queda subordinado a la hostilidad y se enlaza al binomio placer-displacer.

Después del terrible inicio en la vida, las cosas parecían marchar bien; de repente surge lo imprevisible, *“una ruptura en el acontecer cotidiano”* (Moguillansky, 1998) que estropea la frágil integración ganada hasta el momento. El ambiente se vuelve contra ella removiendo una antigua herida narcisista; como sugiere Braier (2001), una herida narcisista se refiere a todo aquello que disminuye la autoestima, el sentimiento de sí y que, como en el caso de Ali, para desmentir el desconsuelo se recurre a defensas como la altanería, desatención, ofensa, inquietud.

LOS SÍNTOMAS DEL TDAH, SÓLO LA PUNTA DEL ICEBERG

Eva María Esparza Meza

Asistimos a un retroceso en el desarrollo de Alina, el Edipo y la entrada a la latencia quedan en impasse.

c). La violencia secundaria escolar – el desafío

Como mencioné antes, según los reportes escolares, el comportamiento de Ali empeoró mientras cursaba el 2° grado escolar, fue cuando una brigada médica informó a los padres de que Alina era hiperactiva y debían llevarla a un hospital psiquiátrico. La culpa reaparece en los padres, deciden que Paulina deje de trabajar *“lo que más miedo me dio fue cuando la maestra me dijo que Ali escribía en sus cuadernos que se quería morir, que no servía para nada”*. Los maestros informan que sus compañeros la rechazan por ser agresiva; ellos a su vez no la toleran por que dicen es desafiante, no sigue instrucciones, distraída, sin capacidad para concentrarse ni terminar las actividades escolares, hace trabajos sucios, no trabaja, es inquieta, se levanta contantemente de su lugar, perturba al salón, no sabe trabajar en equipo; la cambian de un salón a otro, la castigan, la maestra le dice que la tiene *“harta, ... todo está mal* [para referirse a sus trabajos]”, finalmente la escuela condiciona su estancia a la medicación, continuamente le dicen a la madre que no pasa nada si la medican, le dan una y otra vez los formatos para que la lleven al psiquiátrico infantil.

En el ámbito escolar Alina no tiene cabida excepto por sus síntomas, pero tal vez lo que más molesta es que sea desafiante, que no se apegue a las órdenes que recibe, es decir que no se someta; en este aspecto vale la pena recurrir al concepto de violencia secundaria propuesto por Castoriadis-Aulagnier (1975) para referirse a la violencia ejercida contra el sujeto para evitar un pensamiento autónomo, para apropiarse de su deseo, a través de esta violencia “se impondrá siempre la voluntad y la palabra de un tercero, sujeto o institución, que se convertirá en el único juez de los derechos, necesidades, demandas e, implícitamente, del deseo del sujeto. Expropiación de un derecho de existir...” (p. 36). Es precisamente ante esta expropiación que Alina se rebela, sus síntomas representan el intento para defender lo poco que le queda, ser dueña de su deseo

de vivir, de hacerse un lugar en un mundo que se niega a otorgárselo. En este sentido la decisión de los padres de no medicar a su hija, adquiere un estatuto de sostén que permite, al menos en parte, reparar en algo su estructura y que significa su aceptación de que Alina es un sujeto deseante, con derecho a existir.

Para Castoriadis-Aulagnier (1975), en el devenir psíquico del sujeto no solamente es necesario el compromiso de la pareja parental para libidinizar al infante, también juega un papel importante la realidad social; en el caso de Ali encontramos lo que ella denominó “el redoblamiento impuesto por la realidad social” enajenante y mutilador del deseo en la que el Yo “se encuentra doblemente apresado” (p.167); de este modo, Ali no tiene un lugar dentro de la familia, tampoco en la realidad social que la circunda, su única alternativa para no quedar aniquilada es hacerse ella misma de ese espacio, para ello necesita el desafío y al TDAH en su conjunto (Green, 1993). Para ella la opción del desafío no es nueva, ya desde antes de nacer había desafiado a la pulsión de muerte, después retó a la depresión de su madre “chillando día y noche”, ahora desafía al poder de una institución; pareciera que el comportamiento desafiante de Ali representa la salida de su yo para investir al mundo, para no quedar sometida al deseo y pensamientos de otros, hacerse, así, de su propio deseo y de sus pensamientos; si bien el desafío es violento, solamente a través de él obtiene la mirada de los otros, aunque luego se vuelque contra ella misma y el afuera de una forma destructiva, una paradoja del inconsciente que como diría Winnicott (1971) tendría que ser aceptada.

d). La reactivación del trauma: “no tener un lugar en el mundo”

A Ali no la soportan en ningún lado, en la escuela es rechazada por toda una serie de atributos negativos; en casa también “*la hacen a un lado*”, su hermano prefiere a una prima menor y no la quiere en su cuarto, la llama “*estorbo*”; su hermana no la tolera, sus primos y parientes la ofenden y se burlan de ella, sus padres le pegan cuando reciben quejas de la escuela o hace berrinches.

LOS SÍNTOMAS DEL TDAH, SÓLO LA PUNTA DEL ICEBERG

Eva María Esparza Meza

Como antes expuse, Alina no fue una hija deseada, su gestación respondió a un descuido y se convirtió en una preocupación para sus padres, desde entonces se ha caracterizado por no tener un espacio ni en lo físico ni en lo psíquico. Previo a su nacimiento presentó sufrimiento fetal, su llegada al mundo no fue bien recibida; luego de un período de depresión, su madre trata de reparar los daños y le proporciona todo evitando su displacer. Por algún tiempo las cosas marchan bien (los efectos de lo traumático quedaron reprimidos), luego tiene lugar la catástrofe del desempleo y como un juego de naipes todo se derrumba, súbitamente se vuelve a recrear la situación que llamo “no tener un lugar en el mundo”, de esta manera acontece nuevamente una experiencia traumática ya vivida con anterioridad y que lleva a Ali a la pérdida de su precaria organización psíquica.

En la entrevista inicial con ella es evidente su ansiedad: retuerce el hilo de un teléfono de juguete que cuelga de su cuello, se lo mete a la boca y lo mordisquea, se muerde las uñas y los pellejitos de los dedos, manifestaciones de su temor a ser nuevamente rechazada. Sus dibujos son ejecutados con extrema rapidez, en la familia imaginaria (dibuja la familia de una tía donde no hay padre) se identifica con el niño de 7 años (su primo en realidad) al que le asigna todos los atributos negativos de ella y su hermano mayor:

No es feliz, es feo, no es nada cariñoso, es el más enojón y agresivo, le pega a su hermana todos los días, le jala los cabellos, se pelea con todos, es el más malo porque se porta mal; no es estudioso, es flojo y es el más inquieto porque es bien latoso, también en la escuela; es el más distraído, se distrae en los trabajos y no hace nada; es el menos simpático, hace llorar a su mamá por peleonero; no es trabajador, es el menos inteligente porque no se apura en sus trabajos en la escuela, por estar platicando no hace nada de trabajos, diario lo castigan.

Por otra parte está la prima de 11 años, quien tiene una posición importante dentro de esta familia, constituye el ideal del yo al que Ali aspira; personaje que representa a su hermana mayor, a quien los padres describen con estos rasgos:

LOS SÍNTOMAS DEL TDAH, SÓLO LA PUNTA DEL ICEBERG

Eva María Esparza Meza

Es la más trabajadora porque no se para de su lugar y termina sus tareas a tiempo; la más estudiosa, aprende rápido; más inteligente porque es buena estudiante, le echa ganas a la escuela; más cariñosa, quiere a su mamá y a su hermano aunque le pegue; más simpática y responsable, cuida todas sus cosas y hace bien la tarea; es la más buena y se porta bien.

Comenta que a ella le gustaría ser la niña “*porque es buena estudiante, yo no soy buena estudiante, soy latosa y me paro de mi lugar*”. También le gustaría ser la bebé recién nacida a quien llama como un color, nombre que le gustaría tener.

Así mismo, en el dibujo de la familia real se puede observar su vulnerabilidad, inseguridad y defensa hacia la regresión; ella se omite evidenciando su falta de lugar en la constelación familiar; en contraste, la hermana es la figura de mayor tamaño y la que dibujó en primer lugar, en tanto que al hermano lo dibujó al final, con borraduras y sin pies. Manifiesta sentirse querida solamente por la madre y ella a su vez es a la persona quien más quiere; al padre lo percibe inaccesible, siempre triste y enojado; envidia a la hermana mayor quien posee el lugar de la hija ideal, que al igual que la prima ostenta sólo características deseables, su hermana es la estrella de la familia en tanto que Alina únicamente da motivos para que la regañen y peguen; aparece el conflicto en la familia por la situación económica: “*nadie [aludiendo a llevarse bien entre ellos], mi papá se pelea con mi mamá porque no le da dinero, porque no tiene nada*”. Llama la atención el lugar en el que coloca a las madres quienes por el sólo hecho de tener hijos son felices, lo que sugiere una negación de que su propio nacimiento no fue un evento feliz.

Su dibujo del HTP refleja su fragilidad e inestabilidad, una casa que puede ser derribada por los embates del medio exterior hostil representado mediante la figura del lobo; la defensa contra esa hostilidad es la agresividad. De este modo, se identifica su sensación de indefensión.

A través de los test Ali acepta su agresividad, sin embargo, cuando en la escuela o casa es reprendida por ello, su respuesta es el silencio; un silencio que al parecer

LOS SÍNTOMAS DEL TDAH, SÓLO LA PUNTA DEL ICEBERG

Eva María Esparza Meza

es tomado como un comportamiento desafiante. Cuando ocurre el incidente de “la mordida”, me llamó la maestra muy molesta, en tanto que su madre me informó que Ali le dijo que la niña la había mordido a ella; ya en sesión, al preguntarle contesta: *“mi mamá ya te contó”*, le solicito su versión, ella responde hablando muy rápido: *“estaba en el baño y C me besó y mordió, le dije a la maestra y el próximo viernes citaron a los papás de ella y a los míos y tantan, ya quiero jugar”*. Al final, según la maestra, Ali aceptó que ella fue quien mordió y agrega *“no la tolero, es agresiva y mentirosa”*, después del acontecimiento es cambiada de salón. A la hostilidad del entorno Alina responde con agresividad, ella es agredida y a su vez agrede a otros niños como medio para abrirse lugar en el mundo. Para Winnicott (1967b), el comportamiento agresivo se relaciona con lo perdido, lo que desde mi punto de vista es efecto de un narcisismo negativo, la tendencia agresiva se presenta cuando un cambio perturbó la vida del niño, donde todo transcurría aparentemente bien y un día ya no sucedió, ocurre una desobjetalización (Green, 1993) que impide la integración de los impulsos destructivos con los impulsos amorosos, entonces el niño no puede controlar sus deseos agresivos.

En la hora de juego diagnóstico se observa su inhibición de la creatividad, en tanto que se acerca impulsivamente a los juguetes no sabe a qué jugar, finalmente se decide por los cubos, su juego (si se le puede llamar juego) refleja su realidad interna al construir una frágil torre que cae y vuelve a levantar varias veces; no manifiesta placer en la actividad, finalmente dice que está *“aburrida”*. Me pregunto si está aburrida, cansada de luchar constantemente para hacerse de un espacio que, metafóricamente, el lobo no pueda derribar.

Para Freud (1939 [1934-38]) el origen de la psicopatología se asienta en las primeras experiencias infantiles, explica que los casos traumáticos nos llevan a las experiencias tempranas donde por un factor cuantitativo (el exceso) no pudo darse una “tramitación normal” (p. 70). El efecto traumático se da en dos tiempos porque necesita del concurso de dos factores, una serie complementaria generadora de un efecto fusionado por la participación de ambos. De este modo, podemos

LOS SÍNTOMAS DEL TDAH, SÓLO LA PUNTA DEL ICEBERG

Eva María Esparza Meza

identificar en Alina un primer momento donde se enfrenta al exceso producido por el sufrimiento fetal, el rechazo de su llegada, la depresión materna, impresiones que cayeron en el olvido bajo la represión primordial; el segundo tiempo se ubica en el momento de la debacle familiar, la ausencia física y emocional de los padres aunada al rechazo en el entorno escolar, aspectos que remueven una antigua vivencia reprimida, no tramitada.

En este sentido, Rousillon (1995) habla de un trauma psíquico/prepsíquico, el primero para referirse a un acontecimiento que afectó la estructuración del psiquismo, prepsíquico por que no había la posibilidad de crear una representación psíquica del impacto; se trata de un trauma temprano que antecedió a un yo rudimentariamente integrado, donde lo traumático se caracteriza por la ausencia de representación, más no de inscripción. Es aquí donde podemos retomar la noción de pictograma, en Alina ocurre una reactualización de un acontecimiento traumático que la lleva de nuevo a la experiencia del desamparo, vivido en el momento mismo de su nacimiento y en los primeros días y meses de su vida. Una revivencia señala Rousillon, de una experiencia infantil signada por la ausencia de respuesta materna, donde Ali, en lugar de obtener el “baño de palabras primordial” (p. 196) recibe un baño de lágrimas; el segundo momento del trauma moviliza una angustia adormecida, desubjetivizante, que solamente puede ser enfrentada mediante la hiperactividad, la agresión, el desafío, evacuaciones de una excitación que rebaza su estructura psíquica y quedan sin ligar.

De esta forma, su empobrecido yo no es capaz de regular la inelaborable excitación, todos sus comportamientos sintomáticos significan la mera descarga directa, gasto energético sustraído del proceso de pensamiento y desviado de la mentalización (Rousillon, 1995), de ahí que ocurra la desinvestidura del mundo externo, la falta de satisfacción y creatividad en el juego que tampoco logra transformar la ansiedad en placer. El efecto traumático implica que lo inelaborable, lo carente de sentido del primer acontecimiento tampoco pueda metabolizarse en el a posteriori, lo que da cuenta del factor patógeno de la experiencia traumática

LOS SÍNTOMAS DEL TDAH, SÓLO LA PUNTA DEL ICEBERG

Eva María Esparza Meza

que amenaza con la desintegración; dada la ausencia de representación, los síntomas de Alina expresan los fracasos en la estructuración psíquica y por lo tanto en la capacidad de simbolización; síntomas que significan la evacuación de un sufrimiento que ataca la integridad del yo (Moguillansky, 1998).

Respecto de este caso, es importante reflexionar en que si solamente nos atuviéramos a la manifestación de la sintomatología del TDAH descrita en las clasificaciones de las enfermedades mentales, dejaríamos de lado la historia singular de Alina, la comprensión de su difícil devenir como sujeto; nos adheriríamos a una visión parcial donde se juzga al niño como un problema molesto para el grupo social y agregaríamos un peso más al efecto de redoblamiento de la realidad social que la desdeña.

La revisión de sus experiencias de vida nos permite comprender su sufrimiento y cómo sus síntomas significan el desafío a la pulsión de muerte que se ha cernido sobre ella desde antes de nacer. Su historia nos proporciona evidencia de la enorme importancia de las experiencias vividas por el niño, incluso las anteriores a su nacimiento, a través de la presencia o ausencia del deseo de hijo, de la investidura de la madre y del padre hacia ese niño que nacerá y del lugar que desde entonces se le asigna. No se diga de la experiencia del parto que como Freud (1917 [1916-17]) nos dijera, representa el paradigma de la angustia, de esa “angustia tóxica” (p. 261) que constituye un factor traumático.

Así mismo, Alina nos enseña el efecto que puede tener una realidad adversa, que sumado a las experiencias previas resulta demoledor, desubjetivizador, enajenante de su deseo. Sus síntomas nos hablan de todo esto, de su lucha por hacerse dueña de su deseo; acceder a la medicalización sería someterla, dejarla inerme al deseo de ese tercero que impondría en ella su forma de pensar, que la exprimiría hasta dejarla vacía, muerta en vida.

CASO ANTONIO: “Crecer en soledad”

A). Información general

A.1. Descripción

Antonio fue canalizado por el departamento de psicología del hospital antes mencionado, donde se le practicó una evaluación que arrojó el diagnóstico de TDAH, sin que se mencione la existencia de comorbilidad. Desde pequeño es atendido en el servicio de neurología, donde se le prescribió valproato de magnesio, medicamento que toma desde los 2 meses de edad por convulsiones y que en la actualidad se lo administran, además, para calmar la impulsividad.

Tiene 11 años aunque aparenta menor edad; de mirada huidiza, mueve constantemente pies y manos, movimiento estereotipado que da la impresión de estar aplaudiendo hacia delante y por arriba de la cabeza. Es el segundo hijo de una familia de clase media, conformada por Mario (padre) de 47 años, con estudios de licenciatura, empleado de una institución gubernamental; Patricia (madre) de 46 años, con estudios universitarios labora en la misma institución; una hermana de 27 años, casada y con 3 hijos, viven en la misma casa, el hijo mayor de ella presenta una enfermedad degenerativa e incapacitante.

Al inicio del proceso se encontraba cursando el 6° grado, en una primaria oficial de horario regular, para el primer bimestre había obtenido calificaciones de entre 5 y 6, aunque, según refiere el padre: *“nunca ha sacado buenas calificaciones”*.

A.2. Motivo de consulta expuesto al servicio de psicología del hospital

Los padres manifestaron que lo observan muy inquieto, con problemas de escritura, no escribe con orden, dificultad para mantener la atención, es muy disperso, distraído, con problemas de memoria. No quiere hacer la tarea o no la termina, no tiene orden para realizar actividades cotidianas como vestirse, comer, bañarse, etc. [sic].

A.3. Reporte psicológico del hospital

Además de entrevista aplicaron Bender, HTP, Raven y Cuestionario de Conners forma abreviada, contestado por maestros y padres. El Bender no arrojó datos de organicidad, de inteligencia normal según el Raven; el HTP muestra rasgos simplistas, inseguridad, abstraído en un mundo de fantasía, sensación de soledad. Los cuestionarios aplicados en la escuela a distintos maestros, expresan acuerdo en que presenta excesiva inquietud motora, intranquilidad, siempre está en movimiento, es arrogante e irrespetuoso, tiene explosiones de mal genio, se distrae fácilmente; siempre está “en las nubes” ensimismado, no termina las tareas que empieza, no sigue reglas, no se lleva bien con la mayoría de sus compañeros, molesta frecuentemente a otros niños, su conducta es inmadura para su edad, no se involucra en tareas cooperativas y tiene dificultades de aprendizaje. El cuestionario de padres reveló que es inquieto e hiperactivo, no puede mantener la atención y no termina las tareas que empieza, es explosivo, con problemas para aprender, no le gusta la escuela, distraído y sueña despierto, no obedece en la escuela, culpa a otros de sus errores, es inatento y se distrae fácilmente, se levanta de su lugar durante la comida, demanda ser satisfecho de inmediato, actúa como si estuviera impulsado por un motor, escribe mal, lee y hace cuentas con un desempeño regular.

Se menciona que durante la evaluación se movió constantemente en su lugar, busca aprobación y se mostró ansioso especialmente cuando se aplicó el Raven.

A.4. Confirmación del diagnóstico

Los datos provenientes de la evaluación corroboran la presencia de TDAH en su forma mixta, sin comorbilidad aparente, con rasgos oposicionistas y ansiedad. La visión que tiene de sí mismo, respecto de su sintomatología, es muy distinta a la emitida tanto por los padres como la escuela. En la entrevista inicial reconoce tener dificultades para organizar tareas y actividades, considera que sus problemas de distracción, hiperactividad e impulsividad son ocasionales; desde su

LOS SÍNTOMAS DEL TDAH, SÓLO LA PUNTA DEL ICEBERG

Eva María Esparza Meza

propia percepción no tiene dificultades en su desempeño escolar ni en la interacción con los demás, sean adultos o niños.

B). Sintomatología

La sintomatología de Antonio, comenzó a manifestarse tempranamente, aunque vinculada a padecimiento de tipo orgánico; a los 2 meses de edad sufrió convulsiones como resultado de una alta fiebre consecuente a la aplicación de vacuna, razón por la cual, se inició el tratamiento medicamentoso, que a la fecha mantiene, con valproato de magnesio⁶. Con base en estudios médicos se le diagnosticó atrofia cortical frontal derecha post hipoxia⁷. Desde entonces ha asistido al servicio de neurología de diferentes instituciones del sector salud; la madre informa que a los 9 años se le realizó un electroencefalograma que indicó *“alteraciones importantes”*.

Los padres refieren que los síntomas del TDAH iniciaron cuando ingresó a la primaria; del 1° al 5° grado los cursó en escuelas particulares, en el primer año – dice el padre- *“lo etiquetaron como flojo, que no quería trabajar, se arrastraba, inmaduro, lo pasaban de año sin importar si sabía o no, lo dejaban hacer lo que quería”*. Para tercer año lo cambiaron a una escuela más pequeña *“como él se sabe ganar a la gente, lo dejaban hacer lo que quería”*. Por sugerencia de la directora lo volvieron a cambiar, actualmente cursa el 6° grado en una escuela oficial.

Para el padre la situación se reduce a que *“es muy inquieto, no hace la tarea y siempre se sale con la suya”*; además, tanto en la escuela como su hermana y tía materna (ellas lo han cuidado desde los 3 o 4 meses de edad, hasta hace aproximadamente 4 meses) no tienen control sobre él, *“el problema es que desde*

⁶ Fármaco antiepiléptico de acción anticonvulsivante.

http://www.facmed.unam.mx/bmnd/gi_2k8/prods/PRODS/Valproato%20de%20magnesio.htm

⁷ La hipoxia es la reducción del aporte de oxígeno al momento del nacimiento y está asociada con afectaciones cerebrales, interfiriendo en el desarrollo y funcionamiento, en este caso del área frontal del cerebro.

www.abcfarma.net/inediasp/respuestas/.../0813092_atrofia_cortical.shtml

LOS SÍNTOMAS DEL TDAH, SÓLO LA PUNTA DEL ICEBERG

Eva María Esparza Meza

pequeño lo han dejado hacer lo que quiere”; “en realidad lo que él necesita es mayor control”; a partir del comienzo del nuevo año escolar y con la finalidad de ejercer mayor “control” sobre Antonio, los padres decidieron que a la salida de la escuela se iría con ellos a la oficina; ahí pasa 2 o 3 horas aproximadamente, hace la tarea: “lo tenemos más vigilado”.

Ambos padres coinciden en que Antonio *“no para de moverse, actualmente ha disminuido en algo, al menos ya no se arrastra por el salón de clase”*. Constantemente hace ademanes con los brazos y la cabeza y emite ruidos con la boca, aspecto que los maestros señalan como perturbador de la clase; cuando le pregunto al respecto dice: *“cuando estoy aburrido actúo”*.

Como puede observarse, Antonio presenta la triada sintomática del TDAH desde muy chico; sin embargo, especialmente para Mario (su padre), se trata de un problema de voluntad, inferido a partir de su expresión: *“siempre se sale con la suya, hace lo que quiere”*, una carencia de control por parte de los adultos; pareciera que sus padres han olvidado el origen orgánico de su trastorno, uno de esos pocos casos que confirma la etiología señalada por el DSM (IV y 5).

C). Análisis del caso

En este apartado, expondré la información que me permite sustentar que, en el caso de Antonio, tanto los factores biológicos como sus experiencias de vida antes, durante y posterior al nacimiento, representan un entramado que preparó un campo óptimo para la emergencia y evolución de la sintomatología del TDAH. Desde antes de nacer se inscribió una falla, un hijo que el padre no desea y que reactualiza una vieja desavenencia entre los padres, dando lugar al fracaso de la investidura fetal. Al nacer ocurren complicaciones derivadas del sufrimiento fetal crónico y agudo que produjeron una atrofia cortical, el niño se enfrenta al dolor corporal y psíquico, se engendra también una atrofia psíquica.

Su posición luego del nacimiento, quedó marcada por su vulnerabilidad física, la preocupación y la discontinuidad de la relación objetal. Su condición enfermiza

LOS SÍNTOMAS DEL TDAH, SÓLO LA PUNTA DEL ICEBERG

Eva María Esparza Meza

propicia experiencias displacenteras a lo largo de su infancia, al mismo tiempo que se empieza a registrar el efecto de la soledad, de la falta del compromiso parental que amenaza la precaria integración lograda. El repudio paterno desencadena una disfunción del Edipo, se origina una falla en la instauración del superyó. Aunado a lo anterior, Antonio lucha contra la violencia secundaria del padre y la escuela, se manifiestan las fallas en el proceso secundario y la emergencia de los síntomas.

C. 1. Experiencias antes del nacimiento - fracaso de la investidura fetal

Antonio fue un hijo del deseo materno, pero no del padre, éste explica que de su primera hija se embarazaron muy jóvenes (de hecho se casaron por el embarazo), cuando aún cursaban estudios de bachillerato; gracias al apoyo de sus respectivos padres pudieron terminar sus estudios universitarios. Mario expresa:

Yo ya no quería tener más hijos, no quería un segundo hijo, ya que había pasado mucho tiempo desde que nació nuestra hija, pero ella quiso tener otro y no tomó en cuenta si yo quería o no. Después de que Antonio nació yo quise tener otro para que no estuviera solo, pero ella ya se había operado para ya no tener [hijos].

En su tono de voz se percibe un dejo de molestia, posiblemente por haber sido ignorado, tanto el hijo como la operación fueron decisiones donde él no participó y de alguna manera han marcado su interacción con Antonio; Patricia comenta que él nunca habló de esto con ella:

Desde que yo empecé a pensar en tener otro hijo se lo comenté, yo tenía ganas de volver a ser mamá, de amamantar, de arrullar, de cargar entre mis brazos nuevamente a un bebé, de dar ese amor de mamá.

Ella se extraña del comentario, ya que recuerda que después de que le extrajeran el dispositivo, tardó aproximadamente año y medio en embarazarse, “cada que me venía mi regla expresaba: ah, no quedé embarazada”. Mario no sabe explicar por qué nunca se lo dijo, “creía que ya no se iba a embarazar, por la edad”.

LOS SÍNTOMAS DEL TDAH, SÓLO LA PUNTA DEL ICEBERG

Eva María Esparza Meza

La pareja evidencia antiguas desavenencias en su relación que se hicieron palpables en la concepción de Antonio, mientras la madre deseaba otro hijo, el padre no lo deseaba, se sintió excluido pero lo calló.

Para Patricia el embarazo fue vivido placenteramente, deseaba tener un varón porque ya tenía una hija, cuando por el ultrasonido se enteró de que iba a ser varón: “*sentí mucha alegría*”; al faltar su anuencia, Mario lo vivió con resignación “*ya después si me dio alegría, la compartía con ella*”; como puede observarse, no hay un deseo de hijo compartido. De acuerdo con Aulagnier (2002) la investidura materna durante el embarazo, es distinta de la que efectúa el padre; en este contexto, Moguillansky (1998) plantea que los niños existen desde el momento en que los padres los imaginan, de ahí la relevancia de la narcisización del espacio al que arribará una vez nacido; en el caso de Antonio, el investimento quedó marcado por la discrepancia parental: completud para la madre, callado rechazo para el padre, negación de que Antonio fue producto de la unión sexual donde ambos participaron y por lo tanto no solamente es fruto de su madre, también es hijo del padre (Aulagnier, 1986a).

C.2. Experiencias alrededor del parto – nacimiento

a). Sufrimiento fetal - sufrimiento psíquico

Patricia narra que el embarazo transcurrió sin complicaciones, sin embargo, al momento del nacimiento ocurrieron algunos percances, por los que Antonio fue hospitalizado los primeros 21 días de nacido. En el expediente clínico se reporta:

Sufrimiento fetal crónico agudizado no detectado, líquido amniótico meconial, cordón umbilical verde delgado, aspiración de secreciones y aplicación de oxígeno adicional, contaminación con materia fecal, dificultad respiratoria, neumonía derecha, ictericia ... Asfixia perinatal por aspiración de líquido amniótico ... aparentemente con hipoxia neonatal.

LOS SÍNTOMAS DEL TDAH, SÓLO LA PUNTA DEL ICEBERG

Eva María Esparza Meza

Al parecer, desde la gestación Antonio presentó sufrimiento fetal (sufrimiento fetal crónico)⁸, luego, durante el parto padeció sufrimiento fetal agudo. De este modo, se enfrentó a la amenaza destructora de la pulsión de muerte desde el momento mismo de su nacimiento; circunstancia que nos recuerda el comentario de Freud (1917 [1916-17]) sobre la “angustia tóxica” ante las dificultades para respirar en el momento de nacer, no es difícil imaginar lo que deben pasar los niños cuando falta el oxígeno y la desesperación que posiblemente sientan; a pesar de ello, la autoconservación prevalece. No cabe duda que estos casos, evidencian que la vida es producto de la constante lucha entre las pulsiones de vida y la pulsión de muerte (Freud, 1923), aunque a veces el vivir se logre a costa de un gran sufrimiento, del encuentro con el displacer.

Para Antonio, al inicio de su actividad psíquica, “la experiencia de sufrimiento y la experiencia de la realidad” corrieron de la mano, en donde la realidad de su cuerpo, aún inmaduro, no pudo protegerlo del accidente ocurrido y la presencia de un peligro real de muerte amenazó con despojarlo de la vida (Aulagnier, 1986a, p.265). Si consideramos que, al inicio de la vida, no existe todavía la capacidad para la representación, podría establecerse que el sufrimiento orgánico de Antonio no puede catalogarse como psíquico; sin embargo, para Aulagnier (1986a) el sufrimiento orgánico es también sufrimiento psíquico, por otra parte, el concepto de pictograma (Castoriadis–Aulagnier, 1975) nos remite a algo originario cuyo contenido es la “imagen de cosa corporal”; con base en este planteamiento, puedo inferir que el sufrimiento del cuerpo, al momento mismo del nacer inscribió, en el incipiente aparato psíquico de Antonio, un pictograma de la experiencia de sufrimiento. Acontecimiento doloroso e inelaborable que irrumpió en la tendencia

⁸El sufrimiento fetal crónico se caracteriza por una carencia en el aporte nutricional, con la posibilidad de producir problemas en el desarrollo fetal; en cambio, el sufrimiento fetal agudo, aparece durante el trabajo de parto, tiene que ver con una insuficiencia en el aporte de oxígeno, que puede dificultar la respiración que, en su forma leve implica a la hipoxia, en tanto que la asfixia se refiere más bien a una modalidad más grave, que puede llevar a la muerte cerebral o neonatal. La contaminación con meconio (líquido verde estéril de las secreciones intestinales) usualmente se acompaña de hipoxia fetal; el sufrimiento fetal implica una pérdida de bienestar y con frecuencia deriva en alteraciones neurológicas, deficiencias cerebrales y psicomotoras (Espinoza, 1973).

LOS SÍNTOMAS DEL TDAH, SÓLO LA PUNTA DEL ICEBERG

Eva María Esparza Meza

del organismo a la autorregulación y que no solo produjo una atrofia cerebral, sino que también dejó un desgarramiento (falla) psíquico. En este sentido, Brair (2000) plantea que las experiencias tempranas de dolor son irrepresentables para el psiquismo anterior al advenimiento del lenguaje, lo que produce un hueco, una desgarradura en el tejido de la estructura psíquica, que, como en el caso de Antonio, se revela en el a posteriori, a través de sus síntomas.

b). La experiencia de discontinuidad, el no compromiso paterno - atrofia psíquica

Luego de nacer, Antonio permaneció 21 días en el hospital, lejos del cuidado materno; a su egreso, a decir de Patricia, lo cuidó amorosamente y dio pecho durante un mes. A los 2 meses, después de la aplicación de una vacuna, presentó fiebre con crisis convulsivas, por lo que se prescribió el valproato de magnesio y se envió a valoración neurológica detectándose atrofia cortical frontal derecha. El expediente médico establece “pronóstico bueno para la función y la vida”, se canaliza a estimulación temprana por presentar retraso psicomotor, su madre comenta: *“al parecer tenía un retraso de dos años”*; no sostuvo la cabeza, ni se sentó a la edad esperada:

Casi en todo tuvo retraso, habló ya cerca de los dos años; caminó bien, bien también como a los dos años; el control de esfínteres lo logró hasta después de los tres años. Con pura estimulación temprana lo sacamos adelante, fue muy difícil (llora) porque una doctora nos dijo que posiblemente no lograra caminar; lo estuvimos llevando a la estimulación hasta los cuatro años, ahí nos daban los ejercicios que debía hacer y los practicábamos en casa.

Patricia regresó a su trabajo cuando Antonio tenía 3 meses, quedando bajo el cuidado de una tía abuela materna hasta los 6 años, de la que Mario refiere *“lo dejaba hacer lo que quería, es que ya está grande (60 años) y sorda”*; en tanto

LOS SÍNTOMAS DEL TDAH, SÓLO LA PUNTA DEL ICEBERG

Eva María Esparza Meza

que Antonio dice: “yo le agradezco a mi tía que me haya cuidado; al principio jugaba conmigo pero como ya está grande se cansaba muy rápido”.

Sobre el afecto provocado por su nacimiento, Patricia, con lágrimas en los ojos cuenta:

Me dio mucha alegría cuando nació, pero estaba muy preocupada por él, los primeros años fue muy enfermizo y yo siempre me he encargado de todo; Mario es como un niño, le cuesta trabajo comprometerse, como a los tres años de casados se fue, que porque quería divertirse, después de unos meses regresó, qué siempre si quería seguir con nosotros.

Él [Mario] siempre ha dejado que yo resuelva todo, que si el doctor, que si la estimulación, que si la tarea, que si la junta en la escuela.

En esa época Patricia salía más temprano de trabajar, así que podía estar en la tarde con Antonio, para compensar el tiempo que no estaba con él y dado su condición de enfermizo, Antonio comenzó a dormir en la cama de los padres hasta los 5 años, después continuó durmiendo en la misma recámara aunque en una cama separada.

Antonio no se constituye ni se beneficia del poder estructurante de convertirse en su majestad el bebé, su primer entorno fue el hospital; posteriormente su madre regresa a trabajar, lo que conduce a que no se establezca una relación de continuidad con un objeto amoroso. En este sentido, Winnicott (1947) explicó que más allá de lo biológico, la madre también debe satisfacer las necesidades emocionales del bebé, cuando la continuidad de la relación se pierde o se daña, queda perdido algo que en ocasiones no es posible recuperar, considero que esa pérdida es el narcisismo.

Al no ser libidinizado como su majestad el bebé, se le invistió de narcisismo negativo, destinado a ocupar el lugar vacío entre sus padres, una discrepancia que significa la escisión deseo–no deseo, compromiso - no compromiso, amor-

LOS SÍNTOMAS DEL TDAH, SÓLO LA PUNTA DEL ICEBERG

Eva María Esparza Meza

odio. Para Castoriadis-Aulagnier (1975), la descatectización que se produce cuando la madre, el padre o ambos no se comprometen con el infante, inscribe un fracaso en su estructura psíquica que puede ser un factor potencialmente psicopatológico; la insuficiencia de soporte familiar emocional, puede afectar el funcionamiento del yo y la integración del self.

A su nacimiento, Antonio encontró un ambiente familiar teñido por la preocupación y la desilusión, por no ser el hijo maravilloso y perfecto que se esperaba; en una ocasión, estando presente el niño, Mario comenta: *“me gustaría que fuera un niño normal, siempre sale con sus comentarios tontos, tan tontos que me da la impresión de ser un genio idiota”*. Mario no deseaba un hijo y cuando éste nació resultó “defectuoso”, un hijo dañado que le molesta y causa problemas; no se comprometió en su papel de padre, dejando a Antonio solamente para su madre. La molestia de Mario, posiblemente se deba a que el nacimiento de su hijo vino a desplazarlo de su papel de niño dependiente, recordemos el enunciado de Patricia: *“Mario es como un niño”*, ella era para él una especie de prótesis, incluso le consiguió el trabajo actual (al parecer también en ese aspecto era bastante inestable); el padre quedó relegado a un plano secundario cuando nació Antonio, es éste quien, a partir de entonces, ocupa el centro de las atenciones y preocupaciones de Patricia. Mario no ha podido asumir la responsabilidad y el compromiso de la función paterna, es un padre inconstante, está ahí físicamente, pero afectivamente ha predominado el desdén y la celosa rivalidad con su hijo, lo que inscribió una triangulación edípica precoz.

C.3. Experiencias posteriores al nacimiento

a). Experiencias de displacer – la esperanza narcisista del yo

A lo largo de su infancia Antonio fue un niño enfermizo, especialmente el primer año de vida, se enfermaba continuamente de vías respiratorias y su madre debía correr con él al hospital, por el miedo a que convulsionara nuevamente. En este sentido, la experiencia de sufrimiento prenatal y perinatal, se prolongó a los

primeros años de vida. Winnicott (1958) planteó que las experiencias de satisfacción durante el primer año de vida, son de enorme importancia para que el niño gradualmente pueda tolerar la demora; sin embargo, pareciera que en el caso de Antonio el balance entre satisfacción y displacer se inclinó hacia este último. El dolor del cuerpo también se hizo extensivo al dolor emocional, el proceso de integración dependiente de un cuidado maternal suficientemente bueno se puso en riesgo; por un lado la inaccesibilidad del padre, por el otro su madre, por motivos laborales, lo dejaba bajo el cuidado de la tía abuela; Patricia explica que muchas veces se ha sentido desesperada, pero su aporte económico a la familia era indispensable: *“Antonio es lo más importante para mí, tengo que hacer todo lo que se pueda para ayudarlo, no me puedo dar el lujo de renunciar, de tirar la toalla”*.

No cuento con información de cómo pudo haber sido el cuidado otorgado por la tía y la hermana de 16 años; sin embargo, pareciera que al principio de su vida, la tía ocupó el lugar de madre sustituta, siendo la figura constante y disponible que de algún modo fue fuente narcisista y pudo proteger la continuidad del ser, “la tendencia natural de la criatura a convertirse en una unidad integrada” (Winnicott, 1963a; p. 112). Considero que, bajo el cuidado de la tía y el amparo materno en los momentos de enfermedad y del dormir, el yo de Antonio fue capaz de lograr un cierto grado de integración que, le permitió metabolizar las experiencias de displacer y mantener, como sugiere Aulagnier (1986a), la esperanza narcisista del placer, del goce futuro; de ello da cuenta la expresión de Antonio durante un juego: *“no me gusta ser un perdedor, yo no me rindo”*; es quizá esta esperanza que lo mantiene en la lucha por la vida y en el difícil camino de devenir sujeto.

b). La experiencia de soledad - la amenaza de la desintegración.

Como mencioné antes, Antonio estuvo bajo el cuidado de su tía y hermana desde los 3 meses; sin embargo, a partir de los 6 años, su tía ya no lo pudo cuidar totalmente, así que solamente le daba de comer y el resto de la tarde lo cuidaba

LOS SÍNTOMAS DEL TDAH, SÓLO LA PUNTA DEL ICEBERG

Eva María Esparza Meza

su hermana. Antonio refiere que ella solamente “le echaba un ojo” [sic] de vez en vez, al igual que su tía:

Como mi tía ya está grande y enferma y mi hermana tiene sus propios hijos, yo me pasaba toda la tarde solo, me aburría mucho, a veces me iba al café internet (dato no corroborado por los padres, parece más una fantasía). Mi hermana solamente me ponía atención para mandarme traer cosas, como comprarle cigarros, eso me molestaba mucho de ella. Antes me sentía muy solo, me daba tristeza, cuando salía de la escuela los niños abrazaban a sus mamás y yo me iba en el transporte y muchas veces comía solo, estaba toda la tarde solo hasta que llegaban mis papás; hasta entonces me ponía a hacer la tarea.

Me da miedo dormir solo, bueno, no es que me de miedo, es más bien que no me gusta estar sólo.

En la tarde se suponía él debía hacer la tarea, pero generalmente no la realizaba y cuando sus padres llegaban lo regañaban, “mi papá me pegaba”. El vacío de la soledad era llenado con la televisión y los videojuegos (sus acompañantes virtuales), refiere que le gusta jugar juegos de violencia:

Yo antes tenía vicio de jugar; como estaba toda la tarde solo me la pasaba jugando; a mi hermana no le importaba, no me decía que hiciera otra cosa; es que así descargaba mi aburrimiento, me sentía muy solo.

A veces los sábados juego con un primo, nos podemos pasar más de un día jugando; pero ahora ya no quiero jugar tanto.

Es en esa época de soledad que comenzaron los problemas en la escuela, informando que era “flojo, no quería trabajar, se arrastraba por el salón, inmaduro, hacía lo que quería y lo pasaban de año sin importar si sabía o no”; sin embargo, la escuela se limitaba a informar solamente cuando la madre preguntaba, sin

LOS SÍNTOMAS DEL TDAH, SÓLO LA PUNTA DEL ICEBERG

Eva María Esparza Meza

tomar ninguna alternativa de solución; por su parte, la madre lo llevaba a una institución pública donde consideraban que con el medicamento era suficiente.

Como puede observarse, la historia de Antonio se ha caracterizado por las insuficiencias: primero, fue el aporte insuficiente de nutrientes durante la gestación; al momento del parto sufrió una mengua de oxígeno y durante su vida, ha tenido que lidiar con la insuficiencia del amor parental nutriente y del sostén que éste conlleva; de hecho la soledad implica la insuficiencia de aporte amoroso, una especie de hipoxia afectiva. La falta de presencia de sus padres contrasta con el exceso de soledad; entre la ausencia y la soledad, la integración de su estructura psíquica se vio estropeada desde el inicio. Winnicott (1966) refiere que cuando las experiencias tempranas no han facilitado el proceso innato hacia la integración, el niño fracasa en lograr la unidad y el sentimiento de responsabilidad. Así mismo, la soledad es una amarga experiencia de privación en relación a la socialización, un desierto objetal (Green 1993); de esta manera, la precaria integración de su estructura psíquica, se vio amenazada con la desorganización desde los primeros años de vida.

Cabe preguntarnos ¿qué es lo que posibilitó que Antonio haya logrado, al menos, una cierta integración psíquica? Sin duda, el cuidado sustituto provisto por la tía abuela satisfizo, en algún grado, las necesidades emocionales y físicas del niño; de igual manera, su madre intentó darle todo el amor posible mientras estaba con Antonio, podríamos decir que la representación materna estaba con él, aunque su madre estuviese físicamente ausente; como señala Ferrant (2008), ausencia alude a un modo de presencia; es decir, el objeto que no está, se encuentra presente en el ámbito psíquico. De esta manera, el recuerdo amoroso de la madre compensó la necesidad de seguridad; Ferrant, parafraseando a Freud, nos recuerda: “el ser humano no renuncia jamás, no es apto para la pérdida” (p.96); en este contexto, Antonio desplazó hacia los videojuegos su necesidad de seguridad, identificándose con los superhéroes que, sorteando todo tipo de obstáculos ganan batallas, por eso él “*no se rinde*” ni ante la hipoxia, ni ante la soledad.

LOS SÍNTOMAS DEL TDAH, SÓLO LA PUNTA DEL ICEBERG

Eva María Esparza Meza

c). Disfunción del Edipo - el repudio paterno – falla en la instauración del superyó

El corolario de lo antes expuesto, me permite plantear, que es el deseo materno lo que ha sostenido a Antonio desde antes de nacer, aunque al alto costo de la dependencia y del control puestos en el afuera, en la figura de la madre. Para Mario el problema de Antonio tiene que ver con su mamá, comenta:

Ella es muy laxa, lo deja hacer lo que quiere, lo sobre protege; yo soy más agresivo, más estricto que su madre; me molesta que todos los días le tenga que repetir las cosas que debe hacer, que se lave los dientes, que se bañe; me gustaría que él lo recuerde y no tenga que estarle repitiendo. Quisiera que fuera un niño normal.

Por su parte Patricia considera que Mario no se ha involucrado en la crianza:

No se cómo aún continuamos juntos, realmente me siento abrumada, él todo lo trata de arreglar con gritos y aventando las cosas, pero yo estoy dispuesta a hacer lo que sea necesario para ayudar a mi hijo, porque yo creo que él tiene potencial para muchas cosas.

Si bien es cierto que no cuentan con el espacio para que Antonio duerma en su propio cuarto, la función del niño dentro de la habitación de los padres ha sido llenar el vacío de la brecha que los separa; (resalta que en el dibujo del HTP la persona se encuentra entre el árbol y la casa). Al mismo tiempo, la estancia de Antonio en el aposento de los padres ha promovido una cercanía más estrecha entre él y su madre; aspecto que enoja a Mario, narra que a veces ellos ven juntos algunos programas de televisión, en tanto que él debe irse a otro lado a ver “*mi telenovela*”, con un dejo de enfado que, da la impresión de celos, expresa: “*Antonio y su mamá parecen Kiko y Doña Florinda (hijo y madre, personajes de un programa de comedia), ella siempre nada más para él, defendiéndolo; ya hasta en mi familia le dicen Kiko porque parece menso y es que en verdad parece menso*”.

LOS SÍNTOMAS DEL TDAH, SÓLO LA PUNTA DEL ICEBERG

Eva María Esparza Meza

Podemos inferir que Antonio encuentra en la mirada, en el discurso de su madre, la esperanza del goce: “tiene potencial”; por el contrario, lo que halla en el discurso paterno corresponde al orden de lo negativo: un niño dañado, un fracaso que no corresponde al anhelo de grandiosidad y que deriva en el posterior repudio. Así, Mario enuncia: *“me molesta que a todos lados que vamos sea restaurante, cafetería, fonda o tortería, a la mitad de la comida quiera ir al baño, hay que formarle hábitos de comportamiento”*; le enoja que lo deje en ridículo: *“si hay algo que me disguste es que cuando estamos en la oficina se pare, se ría y vaya a otros lados”*; desea un niño que se someta a sus designios: *“(Antonio) debe entender mis necesidades, es incapaz de entender que cuando llego a casa estoy cansado, quiero dormir, pero él quiere jugar y hace ruido”, “me cuesta mucho trabajo dejarlo ser”*. Continuamente está vigilando sus actos y lo amonesta si hace algo que a sus ojos sea “incorrecto”; me da la impresión de que su mirada, permanentemente puesta en él, solamente espera la equivocación para devolverle que no es el niño anhelado, sino que es un hijo de la desavenencia, un niño defectuoso.

Castoriadis-Aulagnier (1975) sugiere que desde muy temprano se puede instaurar una potencialidad patógena, especialmente cuando el nacimiento no se ajusta al cumplimiento de un anhelo como ser especial; su “deseo de ser deseado” no recibe respuesta, ya que Antonio no fue deseado por el padre y éste se encarga de recordárselo constantemente. Desde el primer encuentro de la psique de Antonio, con la psique de sus padres se registró una fisura, la de la discordancia, que su llegada reactivó y agudizó; su nacimiento se enuncia como el advenimiento de un conflicto, una situación donde Mario se niega, o no puede, asumir su función; de este modo, Antonio no ha sido rescatado por el padre, quien “no ha podido desempeñar un papel valorizante” (p. 205), como tampoco es valorizado. Este escenario ha propiciado que Antonio mantenga una ligazón infantil con su madre, un prolongado idilio edípico, única fuente de experiencias satisfactorias.

LOS SÍNTOMAS DEL TDAH, SÓLO LA PUNTA DEL ICEBERG

Eva María Esparza Meza

De acuerdo con Freud (1923), la represión del complejo de Edipo tiene lugar debido a la angustia de castración, lo que conduce al establecimiento del superyó y el inicio del período de latencia; sin embargo, en el caso de Antonio observamos irregularidades en el acaecer edípico, ya que la introducción de la castración ocurrió desde antes del nacimiento del niño. La tragedia de Edipo ocurre debido al miedo del padre a ser asesinado por su hijo, cuando éste crezca; es, precisamente en este contexto mítico que se inscribe la tragedia de Antonio, su padre desciende de una familia donde además de las carencias económicas existían grandes carencias afectivas, su posición ahí fue la de un “perdedor”, un “fracasado” sin dinero; pareciera que el advenimiento de Antonio representa una amenaza que le recuerda su condición de fracasado, el temor de un hijo que lo “asesinará” y que lo excluye del cobijo de Patricia; es, desde este lugar, que Mario lo castra desde antes de nacer, le asesina su devenir sujeto. Una vez nacido, la mutilación busca cercenar su espacio psíquico, Mario impone una violencia secundaria a Antonio, negándose a reconocer su autonomía de pensamiento y de deseo.

Resalta pues, que la ligazón madre-hijo lo protege de la violencia secundaria, pero al mismo tiempo bloquea el camino hacia la madurez, el superyó no se integra adecuadamente. Dado que el superyó significa la conciencia moral y una mayor capacidad para inhibir los impulsos, la falla en este aspecto implica la imposibilidad de discriminar adecuadamente entre lo correcto y lo incorrecto, de lograr el control interno que sustituya al control parental (Freud, 1933 [1932]).

d). La perspectiva de Antonio: la ligazón materna y el deseo de ser deseado

Para Antonio el refuerzo narcisista proviene de su madre, en el test de la familia imaginaria dibuja *“un niño y su mamá caminando hacia la escuela, van tomados de la mano, el papá no está porque se fue a trabajar”* (evidencia de la triangulación precoz y el deseo de excluir al padre que lo repudia). La madre destaca por poseer los atributos positivos: *“es la más feliz porque desea que su hijo aprenda y se supere, cariñosa, simpática, agradable y trata de arreglar los conflictos*

LOS SÍNTOMAS DEL TDAH, SÓLO LA PUNTA DEL ICEBERG

Eva María Esparza Meza

platicando". Por su parte el padre, además de ser omitido, presenta los rasgos negativos: es el menos inteligente, *"exige mucho al hijo, él da el máximo, pero el papá le pide cada vez más y más"*, *"se estresa mucho, no sabe expresar ni controlar sus emociones"*, es el que estipula los castigos y pega.

Él se asigna a si mismo el ser más *"inteligente, estudioso, tranquilo, guapo, trabajador porque va a la escuela, estudia, aprende mucho y apoya a su mamá; responsable porque cuida sus cosas y no las maltrata, hace trabajos limpios"*. Puede observarse que todas estas características, son opuestas a las reportadas tanto por los padres como maestros.

En el dibujo de la familia real, manifiesta el deseo de ser mirado por el padre, lo dibuja en primer lugar, pero al mismo tiempo proyecta su agresión borrando constantemente hasta que se rompe la parte de la cara; *"mi papá me está agarrando de la mano, pero también está cargando a mi sobrina"*; sobre el estado de ánimo explica:

Yo estoy muy feliz agarrando la mano a mi mamá, me pone feliz estar con mi familia. Los más buenos somos mi mamá y yo, yo trato de superarme en la escuela y me esfuerzo; a mi mamá no le gusta la violencia, ella es muy trabajadora, no deja de trabajar y casi no ve la tele, mi papá solamente quiere que esté trabajando y no le ayuda. Mi mamá explica muy bien y tiene buen lenguaje, es muy cariñosa y trata siempre de mejorar.

Mi papá está feliz porque está con su familia, es raro que esté feliz, siempre tiene problemas y no es feliz. También es el más enojón, a mi papá le enojan muchas cosas, casi todo. Mi papá y mi hermana no se saben comunicar y gritan mucho. Me llevo mejor con mi mamá, con mi papá es con quien menos me llevo, él es muy exigente, duro y frío, pero trato de estar con él y que sienta mi apoyo.

LOS SÍNTOMAS DEL TDAH, SÓLO LA PUNTA DEL ICEBERG

Eva María Esparza Meza

Antonio platica que le gustan los videojuegos de violencia y jugar a la guerra “*pero en el bando de los buenos*”; su película favorita es La guerra de las galaxias, donde “*al final el padre se sacrifica para salvar al hijo*”.

Freud (1923) señala que la ausencia paterna dificulta la renuncia edípica, quedando una cantidad de libido sexual sin ser satisfecha y que, al no ser desexualizada, se muda en agresión, que de no verterse hacia el exterior, el único camino posible es dirigirla hacia sí mismo. Como el discurso de Antonio da cuenta, la carencia valorizante del padre, ha influido en su incapacidad para ejercer su función paterna y establecer la prohibición edípica; se observa también la demanda de Antonio, de encontrar ese padre cuyo valor lo lleve a colocarse en el ideal del yo: el padre que se sacrifica por el hijo y que entonces adquiere el lugar del héroe. Sin embargo, algo no sucede conforme el deseo, el padre no se asume como tal, se inscribe la desilusión que, lo ubica como un padre humillado hacia el que vuelca sus impulsos hostiles de desprecio (Diccionario de psicoanálisis, elortiba.org) y con el que su yo no logra identificarse, si no es mediante lo negativo: “*soy como mi papá, no me comprometo* (refiriéndose a la escuela)”.

Ante la falla valorizante del padre, Antonio se ha refugiado en la fantasía compensatoria de la completud, es él quien ahora se encuentra a lado de la madre, el prolongado complejo edípico lo ha mantenido en la ilusión onnipotente de ser la completud de la madre; es con ella con quien se identifica y de quien recibe la felicidad, que, le proporciona un cierto sentimiento de seguridad. Si bien esta fantasía de idilio materno es un resarcimiento narcisista, también lo mantiene en la constante búsqueda del placer, trabando su transición al modo de funcionamiento de proceso secundario, más independiente y acorde con las exigencias del mundo exterior, de ahí la importancia de la instauración del superyó. A decir de Freud (1917), el tránsito del proceso primario al secundario y la formación del superyó posibilitan al niño volverse un ser civilizado, un ser social; es en este punto donde la ligazón materna y la falla del padre inciden en la sintomatología desarrollada por Antonio.

LOS SÍNTOMAS DEL TDAH, SÓLO LA PUNTA DEL ICEBERG

Eva María Esparza Meza

e). La violencia secundaria escolar – fallas en el proceso secundario – síntomas del TDAH

Como mencioné antes, la sintomatología de Antonio comenzó desde muy temprano con el retraso psicomotor y de lenguaje, secuela de la hipoxia neonatal; sin embargo, las primeras manifestaciones del TDAH como distracción, inquietud motora, movimiento excesivo, falta de organización en las actividades escolares y cotidianas, no conclusión de tareas, impulsividad y problemas de aprendizaje en lectoescritura, iniciaron a partir de que ingresó al 1° grado de educación básica.

Según Antonio, su inquietud se debe a que “*me aburro fácilmente*”; sobre las dificultades para atender comenta:

Me distraigo hasta con las moscas, me pongo a pensar en cuantas patas tienen, a que lugares ha ido, cuanto vive y así. Antes no me gustaba trabajar, tampoco me gustaba hacer la tarea, manipulaba y chantajeaba a los maestros; me ponía las manos en las mejillas como si pusiera atención, pero no lo hacía.

Poco antes de terminar la evaluación del caso, sus padres me informaron que Antonio había sido suspendido de la escuela por 3 días, pero no les entregó el citatorio: “*fue por cobardía, tuve miedo de que me fueran a pegar*”. De acuerdo con la escuela, la suspensión se debió a que les agarró “las posaderas” a dos niñas, en situaciones y momentos distintos; la versión de Antonio fue diferente:

No fue así, una de ellas es bien llevada, yo le pegué con una regla de metal en la pierna y luego fue a quejarse con la maestra, pero ella no ve que esa niña es bien llevada; a la otra niña sí le rocé las pompis, pero fue accidental, andábamos jugando y yo ya le había pedido disculpas. Cómo crees que iba a hacer eso, a mí, mi mamá me ha enseñado valores.

Explica que no es la primera vez que tiene problemas en la escuela:

LOS SÍNTOMAS DEL TDAH, SÓLO LA PUNTA DEL ICEBERG

Eva María Esparza Meza

La maestra anterior a esta me etiquetó de mentiroso y flojo; a mí y a otros compañeros nos dijo que si nos portábamos mal, nos iba a dar nuestros documentos y nos iba a correr. La verdad antes si era mentiroso, pero ya no. Luego tuve otra maestra que me caía bien, pero no me creía, luego se embarazó y se fue; nos pusieron otra maestra que me etiquetó de astronauta, porque dice que siempre estoy en el espacio exterior”.

Las maestras son como mi papá, nada más castigan y regañan.

Sus padres comentan que los recados de la maestra son siempre los mismos: *“flojo, irresponsable, sucio, no pone de su parte”.*

Antonio, se halla en un contexto escolar de exclusión, un ambiente escolar que, en lugar de constituirse en el sustituto de la familia y favorecer el desarrollo del niño, ejerce una terrible violencia secundaria, cuyo propósito es someterlo, apropiarse del deseo del niño, despojarlo de su subjetividad (Castoriadis-Aulagnier, 1975; Winnicott, 1963c).

La escuela, como Mario, repudia a Antonio y considera que sus dificultades se deben a una cuestión de voluntad: *“no pone de su parte”.* Mientras predominaron los síntomas de inatención fue un niño invisible; no importaba que no aprendiera, había que deshacerse del problema y transferirlo al maestro en turno; el efecto fue el mismo, la representación desvalorizante de sí mismo: *“un tonto que no aprende, perdido en el espacio exterior”;* tanto la familia como la escuela lo dejaron solo, a su suerte. A medida que la experiencia desvalorizante se incrementó, la escasa fortaleza del yo se derrumbó, las investiduras del mundo externo se retiraron (aunque vale decir que para invertir libidinalmente el mundo exterior, es necesario primero colmar el estado narcisista primario (Freud, 1915), algo que no ocurrió), para dirigir las hacia sí mismo y refugiarse en un mundo de fantasía mucho más satisfactorio, con sus compañeros virtuales que no lo cuestionan ni lo enjuician (Freud, 1917, 1923). La transacción económica para procesar el exceso que, impuso la realidad del repudio y la enorme frustración concomitante a la soledad,

LOS SÍNTOMAS DEL TDAH, SÓLO LA PUNTA DEL ICEBERG

Eva María Esparza Meza

dejó un desbalance en perjuicio del proceso secundario, de la capacidad de pensar que sustituye a la descarga motriz; de esta manera, los factores de las funestas experiencias se sumaron a los determinantes biológicos generando toda la sintomatología descrita antes (Freud, 1940 [1938]).

La invisibilidad cesó cuando las pulsiones de destrucción aparecieron en escena, entonces, además de la dificultad para atender, comenzó a manifestar los problemas relacionados con la descarga motora, la agresividad y la impulsividad; después de todo, estos síntomas le proveyeron lo que tanto le ha faltado: atención (Freud, 1917); si bien es cierto que la atención así lograda, está ligada a lo negativo, es preferible negativo que nada; en lo negativo se puede encontrar placer; en tanto que la nada conduce al despojo, a la muerte psíquica (Green, 1983). A partir de entonces, Antonio empezó a existir a los ojos de los otros, aunque la escuela no se comprometió en lo absoluto, para tratar de resolver sus dificultades de aprendizaje y de comportamiento, las continuas quejas lo sacaron de la soledad, los padres decidieron que a la salida de la escuela se iría con ellos al trabajo; quizá no es la mejor solución, pero al menos ahora no está solo.

La historia de Antonio nos muestra un niño profundamente herido en su narcisismo, lo que ha impedido una integración psíquica adecuada, su yo quedó sentido desde el momento mismo de su nacimiento (Green, 1983). Este es un caso emblemático que aporta la posibilidad de muchas lecturas; sin embargo, quisiera reparar en ciertos aspectos: la relación etiológica entre lo orgánico y las experiencias de vida, la soledad en la niñez y el fracaso de la función paterna.

Sobre la etiología del TDAH (ver capítulo 2), existe una gran controversia; para el modelo biológico, no hay duda de que el trastorno tiene una base orgánica, aunque esgrimen que la evidencia científica es irrefutable, ésta no se utiliza para establecer el diagnóstico (Antshel, Macias and Barkley, 2009). Otros, afirman que los estudios de neuroimagen no son consistentes (Seitler, 2011). En el caso que nos ocupa, existe un claro componente orgánico; sin embargo, afirmar que es, en estricto sentido, la causa del conjunto de síntomas que agobia a Antonio, sería

LOS SÍNTOMAS DEL TDAH, SÓLO LA PUNTA DEL ICEBERG

Eva María Esparza Meza

muy arriesgado y efectivamente, como aseguran Bleichmar et al. (2007), Janin (2006a), Leuzinger et al. (2011), Punta (2007) y Zuluaga (2012) entre otros, se incurriría en la desestimación de la importancia de los acontecimientos vividos y de la manera en que éstos son metabolizados psíquicamente.

A partir del minucioso análisis de la historia de vida de Antonio, se evidencia que, las experiencias tempranas fallidas en interrelación con los componentes biológicos, un ambiente poco facilitador, así como la elaboración psíquica particular del niño, afectaron la configuración de su estructura psíquica, generando una pobreza psíquica generalizada (Janin, 2007; Monserrat, 2007; Zuluaga, 2012), en donde el yo se encuentra parcialmente integrado, parcialmente fragmentado; desvalido y disminuido para dominar eficazmente la exigencia pulsional, las demandas del mundo externo e interno y ejercer las tareas que le corresponden; aunado a esto, el complejo de Edipo no tramitado todavía, ha propiciado la instauración insuficiente del superyó. Todas estas características han influido en la emergencia y evolución de los síntomas del TDAH, que además, lo sacaron de la invisibilidad y del aislamiento de la soledad.

Esta última circunstancia: la soledad, pone de relieve la significación de las figuras parentales durante la niñez, esa época de la vida, cuando la estructura psíquica aún está en plena constitución (Janin, 2006b); durante la latencia, dice Winnicott (1963a) los niños, todavía son dependientes, necesitan de la protección, auxilio y contención de los padres; no es prudente, por lo tanto, dejarlos a su suerte, a que ellos se hagan cargo de sí mismos durante prolongados períodos. Desafortunadamente, las exigencias del mundo moderno han generado la necesidad de que los padres laboren largas jornadas; mientras, los niños pasan muchos tiempos solos, pasivamente frente a un televisor o una consola de videojuegos, personajes virtuales que se vuelven educadores y compañeros, pero que afectan la capacidad creativa del niño para elaborar sus conflictos internos mediante el juego espontáneo y otras actividades sociales con niños reales, donde puedan ejercitar las habilidades para relacionarse con otras figuras y desplazar la

LOS SÍNTOMAS DEL TDAH, SÓLO LA PUNTA DEL ICEBERG

Eva María Esparza Meza

satisfacción pulsional en actividades constructivas. La soledad, priva al niño del placer derivado de la interacción con otros en un plano simétrico; representa también un espacio de confinación, que parecería castigarlo por el simple hecho de ser niño; para Antonio, la soledad se inscribió como una vivencia de displacer que prolongó la experiencia del sufrimiento temprano.

Otra particularidad de este caso, tiene que ver con una falla de la función del padre; un padre que no ha representado un pilar en la conformación familiar y se ha excluido, tópico que coincide con lo expuesto por Günter (2014), en relación a la frecuencia de la ausencia física y/o psíquica del padre en los niños con TDAH. Freud (1914) nos dice que el niño es amado desde el propio narcisismo de los padres “debe cumplir los sueños, los irrealizados deseos de sus padres; el varón será un grande hombre y un héroe en lugar del padre” (p. 88); pero un héroe, es aquel que se revela contra el padre y finalmente lo derrota (1939 [1934-38]); en el deseo del padre, Antonio no fue investido con el augurio de un héroe, ni siquiera de un gran hombre; dado que Mario tiene el lugar de un “fracasado”, un “perdedor”, parece temer que su hijo pueda ser más que él, que se revele y lo venza; así, desde antes de nacer le niega un lugar; luego, las condiciones de su nacimiento provocan una intolerable herida narcisista, pero en tanto que la reacción de Patricia se dirige hacia la preocupación, en Mario genera el repudio; Antonio queda investido como un “genio tonto”, un hijo defectuoso, que lo desplazó del lugar privilegiado de “protegido” de la madre; sumamente dependiente de su mujer, de repente se le exige a Mario que asuma una postura que le resulta imposible, entonces se sustrae del compromiso. Sustracción que asegura la transmisión generacional del fracaso.

CASO MARIANA: “Entre el olvido y el maltrato”

A). Información general

A). Descripción

Mariana fue derivada del hospital, por sospecha de TDAH. Tiene 10 años de edad, es alta, delgada, de tez morena, su pelo es muy largo pero descuidado y generalmente lo trae suelto; de entrada se muestra tímida e insegura, pero se expresa con mucha fluidez. Cursa el 5° grado de educación básica en una escuela oficial, su rendimiento fluctúa entre 7 y 8, con dificultades especialmente en escritura y matemáticas; manifiesta mucho interés en la lectura. Es la mayor de dos hijos, su madre (Silvia) de 38 años, tiene estudios universitarios trunca y se dedica al hogar; el padre (Adrián) de 46 años es policía preventivo y taxista; su hermano menor (Emilio), tiene 4 años y asiste a preescolar.

A.2. Motivo de consulta

La madre expresa que buscó ayuda porque a la niña le es muy difícil mantener la atención: *“es muy dispersa, se tarda horas haciendo la tarea, a veces tarda hasta la 1 de la mañana”*; esta situación la *“desespera”*, así que la deja sola, con la consigna de que no se puede ir a dormir hasta que no termine la tarea. Así mismo, *“su letra es muy fea y encima las palabras”*. Ante la desesperación por dilatarse tanto tiempo en la realización de tareas, Silvia, trató de aplicar un programa de intervalos, con descansos después de una hora de trabajo, comenta que el esposo intervino y dejó de funcionar.

Su padre explica: *“yo también tuve ese problema cuando estaba en la primaria, no podía poner atención, me llevaron a la clínica de la conducta, la que está en Polanco, tomé medicamento por algún tiempo”*.

Los reportes de la escuela informan: *“se distrae con facilidad, no trabaja, no sigue indicaciones, parece no escuchar”*.

A.3. Confirmación del diagnóstico

La información recabada permite constatar el diagnóstico de TDAH en su forma mixta, con predominancia hacia el déficit de atención; presenta comorbilidad con ansiedad y problemas de aprendizaje. Existe coincidencia en las respuestas del cuestionario de síntomas NICHQ Vanderbilt emitidas por los padres, maestro y la misma niña; resaltan las dificultades para atender, distraerse con facilidad, pérdida de materiales, no seguir instrucciones, no concluir actividades, relación conflictiva con padres, problemas en la interacción con sus compañeros, interrumpir las conversaciones de otros y problemas en escritura y matemáticas. El maestro agrega: *“es una alumna brillante pero se distrae con facilidad, se siente rechazada”*.

Además de estos rasgos, Mariana reconoce que tiene dificultad para permanecer sentada y mueve constantemente los pies, pierde la paciencia con las tareas y se enoja con facilidad, expresa: *“no soy hiperactiva, pero si me distraigo hasta para dormir, empiezo a pensar cosas y luego ya no me duermo... nada en especial, pienso en la forma de las nubes, en caricaturas”*. Sobre el olvido de materiales explica: *“es sin querer, no lo hago a propósito, yo veo mi horario en la noche y según yo, meto mis cosas, pero cuando llego a la escuela las busco y no están”*. Esto ocurre con una frecuencia de aproximadamente 3 veces por semana.

En las sesiones con Mariana aparece su dificultad para mantener la atención, inquietud motora y ansiedad.

B). Sintomatología

La sintomatología se manifestó muy temprano en la vida de Mariana; Silvia refiere que tardó en sentarse y no gateó, *“fue muy inquieta desde chiquita, a los 4 meses ya no dormía en el día”*. El control de esfínteres fue un proceso difícil, *“lo empecé al año y 6 meses, pero me desesperé y le pegué, así que lo abandoné, lo volví a retomar cuando tenía 2 años, entonces lo logró muy fácil; después comenzó [6 años] con la enuresis”*.

LOS SÍNTOMAS DEL TDAH, SÓLO LA PUNTA DEL ICEBERG

Eva María Esparza Meza

Ingresó a preescolar a los 4 años, Silvia dice: *“se divirtió mucho ese año, aunque ahí había unas niñas que la molestaban, yo desde entonces le dije que se defendiera”*. A los 6 años la llevó al hospital para que atendieran su problema de enuresis, *“le recetaron imipramina, pero no funcionó, yo la levantaba en las noches, dejó de orinarse hasta los 8 años”*.

Los reportes escolares empezaron cuando cursaba el 1° de primaria: *“no terminaba las tareas, decían que molestaba a los compañeros, que no trabajaba, frecuentemente se paraba. También se tardaba mucho comiendo, duraba de 3 a 4 horas, ya fuera desayuno, comida o cena”*. Esta situación persistió durante el 2°, para tercer grado, sus padres decidieron cambiarla de escuela, sin embargo, las circunstancias no mejoraron: *“constantemente les cambiaban de maestro”*, los reportes continuaron: *“hasta que uno de sus maestros se dio cuenta que era a ella a quien molestaban”*. En 4°y 5° ha tenido el mismo maestro *“afortunadamente se ha interesado más en ella, han disminuido los reportes”*.

Las relaciones con los otros representan un asunto muy difícil para Mariana, desde que ingresó a la primaria, los maestros reportan estas dificultades, aunque recalcando que es ella quien molesta a los compañeros; su mamá cuenta que incluso una maestra llegó a recomendar a los niños que *“no se junten con ella porque es una mala influencia”*; cuando no entiende algo y pregunta: *“la linda maestra le dice que no es su problema”*; generalmente la sientan en la parte posterior del salón y en la orilla.

Cuando en la escuela se percataron de que eran los otros niños los que molestaban a Mariana, la situación de estigmatización no mejoró. Mariana narra que desde que recuerda, sus compañeros la han molestado mucho:

Me roban mis cosas, cuando entré a esta escuela, en tercero, me quemaron el cabello, me cortaron una manga, me dicen loca, yo le di la queja a la maestra, pero no hizo nada.

LOS SÍNTOMAS DEL TDAH, SÓLO LA PUNTA DEL ICEBERG

Eva María Esparza Meza

La mamá de uno de los niños hizo campaña para que me sacaran de la escuela y estuvo hablando para que no se juntaran conmigo y dicen que soy rara, así fue todo tercero, en cuarto también fue así, sólo que el maestro A les puso un hasta aquí, pero esta maestra (la que tiene actualmente) es diferente, permite que se burlen y me falten al respeto.

Este año solamente tengo una amiga y 2 niños que más o menos son mis amigos; hay 3 niños que me molestan mucho, me dicen fea, frentona y loca, pero la maestra no hace nada, por eso ya mejor me defiendo sola.

Donde más me molestan es en el catecismo, hay unos niños que dicen puras groserías, me pegan y cuando le dije a la monja, ¿sabes qué me dijo? “Dios sufrió en silencio, sufre en ofrecimiento a dios”, ella quiere que ponga la otra mejilla, está loca.

A los maestros no les tiene confianza, pues dice que no le prestan atención, si se queja no hacen nada, si se defienden la castigan y mandan llamar a sus padres, cuando no entiende algo: *“la maestra no me escucha, ni me quiere explicar”, “ahora me da miedo que la maestra me regañe”.*

La interacción en casa también presenta un cariz muy complejo, entre ellos existe una dinámica de atracción-repulsión donde Mariana ha sido blanco del maltrato; Silvia la maltrata desde muy pequeña, tanto física como verbal y psicológicamente. Adrián también llega a pegarle aunque con menor frecuencia. Con el hermano mantiene una relación muy ambivalente.

Según Silvia, ellas dos se llevan mal desde que Mariana nació y estuvo en la UCIN (Unidad de cuidados intensivos para neonatos), *“cuando me dejaron entrar a la sala para verla, ella no me quiso ver, se volteaba para el otro lado”.* En sus primeros meses *“no quería estar cerca del papá, lloraba a gritos cuando la cargaba, lo rechazaba”.* Desde pequeña, dice Silvia: *“yo era muy agresiva con la niña, le gritaba mucho y le decía cosas”;* cuando tenía 3 años y a raíz de la muerte del padre (abuelo) *“la hice a un lado, la evitaba”.*

LOS SÍNTOMAS DEL TDAH, SÓLO LA PUNTA DEL ICEBERG

Eva María Esparza Meza

Después vino el nacimiento del hermano, cuando ella tenía 6 años: *“fue muy estresante, se me olvidaba mi hija”, “desde entonces Mariana no quiere a Emilio, lo molesta, lo lastima haciéndolo correr, le dice que toque cosas que no debe como la estufa, lo pone en situaciones de riesgo”*. Actualmente la relación entre ellas se ha vuelto aún más complicada: *“convivo poco con ella, solamente en las comidas y tareas, me pregunto ¿qué pasa con Mariana y conmigo?, ya no se cómo relacionarme con ella, por eso la evito”*.

Silvia expone cómo se exaspera con Mariana por tardarse realizando la tarea:

Al principio le ayudaba con sus tareas, le explicaba, pero Mariana no se apuraba, yo creía que lo hacía a propósito para desesperarme, entonces empezaba a gritarle, así se podían pasar varias horas, nos acostábamos muy tarde, hasta que terminara la tarea.

Trata de no desesperarse, pero no lo logra y termina por insultarla: *“eres una pendeja, es que tarda demasiado; verdaderamente hago un esfuerzo por no insultarla, pero a la mera hora lo hago”*, por esta razón, optó por dejarla sola y en tanto no concluya la tarea no puede acostarse.

Por su parte, Mariana expresa:

Tengo muchos problemas con mi mamá, es muy enojona, no me hace caso, prefiere estar en el teléfono celular, en la tele o en la tablet; también es burlesca y grosera, desde más chica se burla de mí, me decía... (apodo derivado de su nombre). Mi papá, en lugar de cuidarnos a nosotros se va a cuidar a su mamá, cuando está en casa prefiere ver la tele.

Si me tardo mucho en hacer mis tareas, mi mamá se desespera y me dice palabras feas... como pendeja, idiota, estúpida, hija de..., también me pega con la mano, con el cinturón, el cable de la plancha, el cargador del teléfono. También mi papá me pega, pero menos.

LOS SÍNTOMAS DEL TDAH, SÓLO LA PUNTA DEL ICEBERG

Eva María Esparza Meza

No es cierto que ponga a mi hermano en riesgo, él siempre quiere andar pegando, como yo me alejo para que no me pegue, él corre para alcanzarme y luego quiere andar agarrando cosas aunque le diga que no. Pero, yo sí quiero a mi hermano.

Adrián también se queja de Silvia, refiere que ella ha descuidado a Mariana y “*le mete ideas en la cabeza en contra mía*”; le molesta que la ofenda, “*pero no puedo hacer nada, ayudo en casa cada que puedo, cuando tengo tiempo, usted sabe que tengo dos trabajos, pero me molesta que ella crea que siempre lo deba hacer o que me lo imponga*”.

Con base en las narraciones, vislumbramos que la sintomatología de Mariana rebasa la delimitación del TDAH; si bien manifiesta la triada sintomática característica del trastorno, destacan las implicaciones emocionales derivadas de una dinámica familiar y relacional muy compleja; me atrevería a decir que, desde el momento mismo de su nacimiento, Mariana quedó arrinconada: entre el olvido y el maltrato, rescatada solamente por su interés en la lectura, única identificación positiva con una madre que la desdeña. Aunque desde la clasificación diagnóstica se argumentaría que, es un caso representativo del origen hereditario del TDAH; es posible observar que, las experiencias tempranas, tienen un valor etiológico que no puede desestimarse y que a continuación analizaremos.

C). Análisis del caso

En este apartado, presento el análisis de la serie de experiencias de vida que, enlazadas con la predisposición genética del trastorno, dieron origen a fallas en la estructuración psíquica de Mariana, determinantes en la emergencia y evolución de su sintomatología. De este modo, encontraremos el fracaso de la investidura fetal que la marcó como una amenaza para la vida de la madre; su nacimiento lejos de ser un grandioso alumbramiento, representó la lucha de Mariana contra los efectos destructivos de la pulsión de muerte; sin embargo, llevará la estampa del displacer, amenazando su rudimentaria estructura psíquica. La convivencia

LOS SÍNTOMAS DEL TDAH, SÓLO LA PUNTA DEL ICEBERG

Eva María Esparza Meza

con “una madre muerta” (depresión posparto) produce implicaciones consecuentes al narcisismo negativo.

La inaccesibilidad y agresión del objeto amoroso, obliga a la escisión del yo con la finalidad de preservar un objeto bueno con el cual identificarse y dar paso a una cierta integración del yo. El nacimiento de su hermano ocasionó su olvido, entonces aparece la enuresis, mediante la cual captura la mirada materna: una mirada de desprecio. El otro aspecto relevante tiene que ver con el Edipo, donde se juega el rechazo materno a la castración, lo que desemboca en una falla en la simbolización. La violencia ejercida por la madre amenaza constantemente la precaria estructura psíquica de Mariana, lo que produce una desinvertidura del mundo externo que se materializa en sus síntomas relacionados con el fracaso en la adaptación escolar, ámbito éste donde se reproduce el olvido y la agresión.

C.1. Experiencias antes del nacimiento – fracaso de la investidura fetal

El embarazo de Mariana llegó a los dos años de matrimonio; al parecer, Silvia tenía un gran deseo de maternidad difícil de concretarse, ya que previamente tuvo 2 abortos. Ambos padres proceden de familias muy numerosas, Adrián es muy apegado a su madre y diariamente la visita. Silvia es la menor, por su narración infiero que, su propio nacimiento fue vivido como “un accidente biológico” (Aulagnier, 1986a): “*soy la menopausia de mi mamá*”; desde niña su padre se ocupó de su crianza: “*mi madre le dijo que ya estaba cansada y que ahora le tocaba a él hacerse cargo de mí; por eso, lo quise más a él y me deprimí mucho cuando murió*”. Su padre la llevaba a trabajar con él en la albañilería: “*me hice fuerte de carácter desde chiquita*”, “*mis padres eran muy fríos, nada de besos y abrazos*”. Encontramos en sus dichos, más que un deseo de hijo, la presencia de un deseo de maternidad que repare su propio origen, ya sea en el hijo ideal de su deseo edípico o en un deseo basado en repetir, especularmente, la relación con una madre que no quiso hacerse cargo de ella (Aulagnier, 2002).

LOS SÍNTOMAS DEL TDAH, SÓLO LA PUNTA DEL ICEBERG

Eva María Esparza Meza

Durante la gestación de Mariana, desarrolló el síndrome de anticuerpos antifosfolípidos⁹, Silvia significa esto como una enfermedad “*donde el cuerpo ataca al embarazo*”; enunciado que nos revela cómo, en su imaginario, su propio cuerpo atentaba contra el desarrollo del bebé, desde antes de nacer, Mariana fue atacada; en retaliación, el embarazo puso en riesgo la vida de Silvia.

Manifiesta: “*a lo largo del embarazo tuve mucho miedo*”, presentó 18 amenazas de aborto y en una fue internada por 4 meses; fue tratada con cortisona, recuerda:

Por eso engordé hasta pesar 86 kg; fue muy difícil, estuve sola todo el tiempo, sentía mucha tristeza porque no podía valerme por mi misma, hubo poca respuesta de mi esposo, él prefería estar con su mamá que apoyarme, a partir de eso comenzaron los problemas con él.

Vemos que en la repetición especular, la gestación de Mariana también es vivida como un accidente biológico, una enfermedad. El embarazo representó el derrumbe del ideal de amor conyugal vivido con gran displacer y tristeza, en soledad, sin el apoyo de la pareja, aspectos que contravienen las bases para un desarrollo emocional sano (Winnicott, 1949). La dulce espera, se transformó en una experiencia terrorífica, un embarazo decepcionante, proceso somáticamente insoportable, tolerado precariamente e impregnado de la pulsión de muerte, presagio de la calamidad posterior; de esta forma, la investidura fetal se instauró en torno al fracaso de la maternidad, impregnada ya desde entonces con el sello del narcisismo negativo; Mariana fue despojada desde antes de nacer de su singularidad (Aulagnier, 1986a).

⁹ Enfermedad autoinmune, caracterizada por una producción anormal de proteínas en sangre, que atacan los tejidos de la persona, provoca formación de coágulos peligrosos en venas y arterias, problemas en el feto, preeclampsia y abortos espontáneos.

Colegio Estadounidense de Reumatología (2013). <https://www.rheumatology.org>

C.2. Experiencias alrededor del parto – nacimiento.

a). Primeros indicios de obstáculos en la estructuración psíquica

Como consecuencia del síndrome padecido, se produjo una preeclamsia que condujo a la inducción del parto a los 7 meses de gestación. Silvia relata:

Más que alegría estaba muy preocupada cuando nació, pues la niña tenía un soplo en el corazón, el estómago girado en sentido contrario, pero no hubo cirugías; estuvo en la UCIN por 22 días, cuando salió ya se habían corregido los problemas.

Me entristecía porque no la podía tocar ni ver, solamente desde el vidrio de la UCIN; todo fue muy estresante, por la cuestión del estómago bajó de peso a 1,400 kg; era estresante verla llena de sondas y tablas, pero la veía muy fuerte, tenía confianza en que iba a poder salir de esa situación.

El nacimiento de Mariana: *fue impactante, triste, doloroso, me preguntaba ¿qué hice yo mal?, si no hubiera fumado antes, tal vez no me hubiera pasado esto”.*

Es interesante notar que las complicaciones al momento del parto, colocan tanto a la madre como al recién nacido, en condiciones riesgosas para la vida; situación que involucra investir el advenimiento del bebé de un afecto negativo, en lugar de un nacimiento maravilloso, ocurre un accidente angustioso; de tal modo que, el acondicionamiento del espacio físico-psíquico para el bebé, queda interferido por la angustia y la tristeza; como si un vendaval hubiese arrasado el nido preparado para acoger al niño. Es así, que la primera representación pictográfica de displacer, se vincula, por un lado, a la emergencia de una angustia de desamparo para el infante; por el otro, al fracaso narcisista de la madre para traer al mundo al hijo idealizado, un hijo que se rechaza por ser el representante de la destrucción, por no corresponder al ideal imaginado (Castoriadis-Aulagnier, 1975).

Desde el momento mismo del nacimiento, se inscribió una deficiencia del narcisismo, imprescindible para cimentar la estructura psíquica y propiciar la

LOS SÍNTOMAS DEL TDAH, SÓLO LA PUNTA DEL ICEBERG

Eva María Esparza Meza

integración del yo (Freud, 1914). El bebé dice Winnicott (1963a), es tanto dependiente como independiente, depende de los cuidados de otros, pero también está el potencial heredado; en este sentido, tiene razón Silvia cuando enuncia “*la veía fuerte*”, Mariana, desde entonces se erigió como una guerrera, la pulsión de Eros salió victoriosa; es, esta incipiente fortaleza, lo que permanecerá para que la niña, a pesar de la insuficiencia narcisista, pueda luchar constantemente contra las investiduras negativas y los ataques de un ambiente adverso; emergerán paulatinamente los síntomas, como huellas de las duras batallas contra la destructividad de la pulsión de muerte.

b). La experiencia de la depresión materna – la carencia narcisista

A la tercera semana de nacida, le permitieron a Silvia ingresar a la UCIN para ver a la niña: “*pero ella no me quiso ver, se volteaba para el otro lado, en cambio mi esposo si la pudo cargar, creo que desde entonces es que no nos podemos llevar bien*”. Silvia narra que se sentía “*enojada y sola*”, el hecho de que la niña haya aceptado que el padre la cargara, le produjo “*enojo*”, ya que él iba muy poco al hospital, dice que él no se comprometió, por eso ella lo ignoró, “*lo hice a un lado*”.

Una semana después de egresar del hospital, Mariana enfermó de neumonía: “*es que la casa era muy fría, pues todavía estaba en obra negra*”; es hospitalizada por 2 semanas, “*yo me quedé permanentemente en el hospital para cuidarla*”; al salir decidió irse a casa de su madre, donde estuvo hasta que la niña cumplió 3 meses de edad. Siguió un esquema de alimentación mixta, relata: “*fue difícil, porque no crecía como los demás, era una cosita, pero era muy despierta*”; en ese tiempo “*no quería estar cerca del papá, lloraba a gritos cuando la cargaba, lo rechazaba*”.

El cuidado de la niña representó una espinosa tarea para Silvia:

Sufrí una fuerte depresión posparto, creo que nunca me curé, me daban muchos dolores de cabeza, hasta que finalmente me diagnosticaron con depresión crónica; tomé varios antidepresivos, como por 8 meses, pero

LOS SÍNTOMAS DEL TDAH, SÓLO LA PUNTA DEL ICEBERG

Eva María Esparza Meza

apenas me dieron de alta hace como 3 años. Entonces era muy agresiva con la niña, le gritaba mucho y le decía cosas.

Silvia sufrió de una intensa y prolongada depresión, con las negativas consecuencias que esto tiene, para la estructura psíquica del infante; la depresión materna, o mejor dicho la desinvestidura que ésta produce, ataca directamente al narcisismo del bebé, siendo la negatividad de la carencia lo que crea una herida, un sufrimiento narcisista que vulnera la integración del yo (Green, 1983). Mariana, además de su fragilidad biológica se enfrenta al desamparo, producto de la depresión materna, quien prodiga cuidados físicos fríos, sin placer; para Aulagnier (1986b) esta condición es productora de una experiencia traumática temprana que amenaza el funcionamiento psíquico del infante, pues éste no tiene la posibilidad de dar sentido a lo que está ocurriendo. Por otra parte, en este caso podemos identificar una particularidad especial: Silvia se siente rechazada por su bebé, le despierta unos intensos celos el hecho de que su padre la pueda cargar; a partir de entonces, se inaugura en ella el desprecio tanto hacia Mariana como hacia el padre, que será excluido. Mariana, por su parte, será objeto de su odio, una hija que le recuerda su propia castración, su fracaso como madre; una bebé que no es la hija esperada: una niña maravillosa y fuerte; es tal vez su vulnerabilidad la que le genera tal odio.

C.3. Experiencias posteriores al nacimiento.

a). Falla en el sostén - Obstáculos en la integración del yo: la escisión

Durante los 3 primeros años de Mariana, Silvia, a pesar de su estado depresivo, se esforzó por tratar de ser una madre suficientemente buena sin conseguirlo. Manifiesta que el desarrollo motriz de la niña mostró cierto retraso ya que:

Se sentó sola tardíamente, gateó poco, aunque caminó al año dos meses. Fue muy inquieta desde chiquita, a los 4 meses ya no dormía en el día. Físicamente era muy pequeña, a los 3 años parecía de 2, pero era muy ágil;

LOS SÍNTOMAS DEL TDAH, SÓLO LA PUNTA DEL ICEBERG

Eva María Esparza Meza

eso sí, habló muy pronto, sus primeras palabras las dijo alrededor de los 5 meses, al año ya hablaba como si fuera de 2 o 3 años.

El control de esfínteres lo inició al año 6 meses, dado que Mariana no lo lograba, Silvia dice: *“me desesperó y le pegué”*, proceso que logró a los 2 años.

Cuando Mariana tenía 3 años, muere el padre de Silvia: *“sufrí mucho su pérdida, lo quería mucho, entonces hice a un lado a Mariana, la evitaba”*.

Recordemos que desde que Mariana era bebé, su madre le gritaba y la insultaba; luego, comenzó a pegarle a raíz de su no acatamiento al control de esfínteres. Identificamos en Silvia un maternaje errático, displacentero, en donde falla la función de sostén, aspecto que propició un vínculo inestable generador de inseguridad, amenaza para el proceso de integración (Winnicott, 1963a). El incipiente yo de Mariana debe enfrentarse muy pronto a una realidad adversa, el objeto que debiera protegerla, amarla, sostenerla, se vuelca contra ella; su realidad interna se ve obligada a realizar una elaboración propia que le permita metabolizar la insatisfacción, para ello recurre a la escisión.

Green sugiere (1983, 1993) que el yo presenta una irresistible inclinación hacia el objeto, es decir hacia la ligazón; al mismo tiempo que el objeto, tiene una disposición para colocar en riesgo a la organización psíquica (pensemos en los efectos de la depresión materna), entonces se habla de un objeto-trauma que amenaza la integración del yo, éste se protege del peligro de la desintegración, creando un modelo, “un simulacro”. Propongo que defensivamente, el yo de Mariana, recurrió a la escisión para lidiar con la insoportable frialdad: indiferencia-agresión del objeto; de este modo, crea un modelo, una fantasía donde el objeto queda escindido en dos: un objeto malo, frustrante y un objeto bueno, idealizado; el objeto malo es proyectado hacia el exterior y atacado mediante la agitación, el rechazo a otorgarle el valioso regalo de sus heces, la enuresis y posteriormente desplazado hacia los otros que la molestan; no obstante, una parte de ese objeto malo se queda dentro de ella, en su minusvalía que la hace merecedora de las

afrentas de su madre. El objeto bueno, es idealizado: *“mi mamá es muy bonita, la mamá más bonita del mundo, es muy inteligente”* (test de la familia) y protegido del objeto malo; su yo desea ser amado por el objeto ideal, entonces crea una identificación con éste, hablar pronto la vuelve valiosa frente al objeto, después vendrá su afición por la lectura, gusto que comparte con la madre.

De esta forma, el yo se protege de la caída en la desesperación, angustia narcisista producida por la inaccesibilidad del objeto, a través de la identificación con el objeto idealizado, circunstancia que permitió lograr una cierta integración de su estructura; sin embargo, el simulacro no puede mantenerse permanentemente, la escisión se quebrantó por la falla del objeto de la realidad externa, que no estuvo presente ni disponible, que no se erigió en un yo auxiliar suficientemente facilitador para constituir un adentro sólido (Green, 1993; Winnicott, 1962a).

b). El olvido – la enuresis

Silvia refiere que cuando Mariana entró al preescolar no manifestó ansiedad, le gustaba ir a la escuela, aunque había algunas niñas que la molestaban. No obstante, fue una época en que Silvia se *“olvidó”* de ella (ya antes la había maltratado y evitado); luego de la muerte del padre su depresión se agudizó, posteriormente también murió la abuela y sufrió un aborto, después vendría el embarazo de su segundo hijo, cursando nuevamente con el síndrome de anticuerpos antifosfolípidos. Según Adrián, desde el embarazo de Emilio, se olvidaron de Mariana. La enuresis de tipo nocturna coincide con el embarazo, (Mariana tenía cerca de 6 años), al mismo tiempo, comenzaron las quejas de la escuela en relación a que no terminaba los trabajos.

El nacimiento de Emilio presentó también serias complicaciones, debido a su prematurez se produjo un problema en los riñones; para Silvia esta etapa (que duró cerca de 8 meses) *“fue muy estresante, se me olvidaba mi hija, la descuidé mucho y me alejé emocionalmente de ella; Mariana decía que lo queríamos más a él, desde entonces no lo quiere”*. Dada la dificultad de la situación, Silvia envió a la

LOS SÍNTOMAS DEL TDAH, SÓLO LA PUNTA DEL ICEBERG

Eva María Esparza Meza

niña con una de sus hermanas; Mariana recuerda este evento como un castigo a su enuresis:

Cuando era más chica mi mamá, de castigo me mandó con mi tía T, ahí me ponían a hacer quehaceres; mis primos [mucho mayores que ella] y mi tía me jalaban el cabello, me decían de groserías y me pegaban. Mi tía no tenía derecho a hacer eso, le dije a mi mamá, pero no me creyó. Ellos [sus padres] nunca me creen, mejor confían en lo que les dicen otras personas.

De la enuresis fue atendida en el hospital con imipramina, al no ver resultados, Silvia optó por levantarla en las noches, lo que resolvió el problema cuando la niña tenía 8 años. No obstante, Silvia repara en que desde entonces, Mariana “*siempre huele mal, no sé qué hace pero últimamente deja los calzones manchados de orines; ¿no la has oído?, no sé por qué, pero aunque se bañe huele a orines*”.

El embarazo de su hermano, representó para Mariana la terrible amenaza de perder la poca satisfacción otorgada por el objeto amoroso, amenaza que no solamente ocurrió en la realidad interna, sino también en la externa: quedó olvidada. Por esa época, existió una ligazón con la madre muy intensa y ambivalente; el yo (Freud, 1914), necesita ser amado para fortalecer el sentimiento de sí, de ahí que el objeto bueno fuera investido con la idealización, empero, esta misma operación empobrece al yo; Mariana se esforzaba para que su madre la quisiera, pero sus empeños eran en vano, a cambio, recibió el olvido; su objeto ideal se inclinó por la vuelta en lo contrario: se tornó sádico, la escisión comenzó a ser inoperante y apareció la enuresis, ésta se puede considerar tanto una respuesta agresiva al olvido de la madre, como una regresión a una satisfacción autoerótica. La enuresis cumplió su cometido hasta cierto punto, la madre volteó su mirada hacia Mariana, aunque no una mirada aprobatoria, sino una mirada perversa de desprecio y humillación: “*siempre huele mal*”. El binomio amar-odiar se contrapone a la indiferencia, de ahí que si no lograba el amor de su madre, la mejor salida era el odio (Freud, 1915); aunque el odio, según Green

(1993) significa “un lazo que nada puede desatar. El odio sella un pacto de fidelidad eterna al objeto primario” (p. 396).

En el niño, expresó Winnicott (1939, 1964), tanto el amor como el odio son muy intensos, cuando hay miedo estos sentimientos se tornan en agresión; ésta, aparece cuando no existió un buen sostén (como en este caso), para proteger al niño de la irrupción de sus pulsiones destructivas; de esta forma, podemos ubicar, que la enuresis, parece haber tenido un doble significado: por un lado retener la mirada materna; por el otro agredir, destruir de forma disfrazada al objeto malo.

c). Las escollos del Edipo – fallas en la simbolización

En la vida de Mariana, todo transcurre como si la madre fuera el centro del mundo real y fantasmático, cabe preguntarnos sobre el papel jugado por el padre, que a estas alturas parece estar borrado; por otra parte, los eventos descritos en el anterior apartado, sucedieron en el período en que tendría que estar cursando el Edipo; sin embargo, éste se tergiversó desde el inicio, cuando Silvia se enojó porque Mariana aceptó ser cargada por Adrián, aunque él casi no iba al hospital; refiere que en lugar de que Adrián la apoyara, éste prefería estar con la madre, por eso ella lo ignoró y lo hizo a un lado desde entonces. De acuerdo con Aulagnier (2002), desde el principio de la vida, el papel del padre adquiere relevancia a partir de los signos emitidos por la madre en relación con su presencia o ausencia; en este sentido, el enojo de Silvia marcó el comienzo de la rivalidad con Mariana y el menoscabo de la figura de Adrián.

Silvia se erigió en mujer fálica desde que su mamá le encargara al padre la función de la crianza, ella se enorgullece de que éste la haya hecho “*fuerte de carácter desde chiquita*” y la llevara a trabajar en la albañilería. Silvia quiere tener todo bajo control, incluyendo a su pareja, a quien constantemente descalifica por su endebles, considera que él es incapaz de comportarse como adulto y deja que ella resuelva todo.

LOS SÍNTOMAS DEL TDAH, SÓLO LA PUNTA DEL ICEBERG

Eva María Esparza Meza

Por su parte, Adrián es muy apegado a su madre, la visita todos los días, en una sesión refiere: *“ella es lo único que tengo”*; también alude a ella como *“su familia”*, como si Silvia y sus hijos no fueran su familia. Se queja de que él no quería casarse, pero Silvia *“lo presionó”*, también le molesta que ella ofenda a Mariana, pero afirma que no puede hacer nada: *“yo ayudo en casa cada que puedo, cuando tengo tiempo, Ud. sabe que tengo dos trabajos, me molesta que ella crea que siempre lo deba hacer o que me lo imponga”*.

Mariana todavía se encuentra en pleno conflicto edípico, el padre es tanto objeto de amor, como de burla: *“Hay veces que mi papá me cae muy mal, lo quiero mucho pero a veces no lo soporto, es muy cochino y grosero”*. Siente celos: *“me enoja que siempre me compara con mi prima S, luego nada más anda diciendo: esa es una buena niña, estudiosa, buena hija, mejor la presume a ella que a mí”*.

En el test de la familia representa al padre como trabajador: *“trabaja de torpolicía y de tortaxista”*, se ríe mucho de su dibujo: *“mira, parece que mi papá esta bizco, ja, ja, ja”*, también es el más gracioso y tierno.

Para Mariana su papá es una figura débil, comenta: *“Mi papá nunca se acuerda de los cumpleaños, es bien olvidadizo, pero de su mamá no se olvida, tiene mamitis”*. En el juego de la familia representa una esposa que se impone al padre: *“nunca deja hablar al padre”* y siempre debe seguir sus criterios, *“es como en mi casa, mi mamá toma las decisiones por mi papá”*. Se compadece de él: *“mi papá es un blandengue, aunque trabaja mucho, pobre, no sabe tomar decisiones”*.

La representación interna del padre parece responder a una identificación con el desprecio materno:

Mi papá no le ayuda a mi mamá, pero eso sí, va a hacer la limpieza a la casa de su mamá; dice mi mamá que su mamá lo educó muy mal y que está acostumbrado a que le recojan todo.

LOS SÍNTOMAS DEL TDAH, SÓLO LA PUNTA DEL ICEBERG

Eva María Esparza Meza

En el juego, la figura del padre constantemente se cae: *“qué chistoso, el papá se cayó, es muy torpe, ja, ja, ja”*; después le retira la cabeza y se la pone en el pie mientras se ríe a carcajadas: *“mira donde le quedó la cabeza”*. Luego les quita las cabezas a los muñecos y las intercambia, de tal forma que las cabezas quedan cambiadas en relación al sexo, como aludiendo a la madre fálica y el padre castrado. Pienso en la confusión de signos: “con” y “sin”, que asocio a una falla en la simbolización, relacionada a su dificultad con las matemáticas.

Mariana se encuentra sumida en un embrollo edípico muy complejo, Castoriadis-Aulagnier (1975) nos dice que, la estructuración psíquica del niño es facilitada, cuando el material psíquico que ofrece la madre está atravesado por su propia represión, lo mismo podemos decir del padre. En este caso, asistimos a un fracaso de la tramitación edípica en ambos padres, Adrián continúa sometido a la ligazón amorosa con su propia madre; en Silvia el complejo edípico siguió la vía de la masculinidad, rehusándose a reconocer la castración, recurrió a una identificación fálica (Freud, 1933 [1932]). El padre presentado por Silvia desde el inicio, no corresponde a la figura de un héroe todo poderoso, por lo contrario, se le expone como un eunuco; de cualquier forma, Mariana busca su amor sin obtenerlo, su rival no es su madre, sino la abuela, Adrián prefiere a su propia madre o bien “presume” a su sobrina.

El resultado de todo esto desemboca en una doble identificación: se identifica tanto con la madre que desprecia al padre por blandengue; como con el padre en la condición de despreciable, aunque al menos él tiene una madre. No obstante, Mariana persiste en la ligazón preedípica con su madre, la búsqueda incesante de su amor, la ha conducido al encuentro del maltrato y la imposibilidad de una latencia creativa, donde predomine el proceso secundario.

d). La violencia materna – amenaza a la integración

Como expuse antes, según la narración de Silvia, ella y su hija no se llevan bien, desde el momento en que sintió el rechazo de Mariana en la UCIN: *“ella no me quiso ver, se volteaba para el otro lado, en cambio mi esposo si la pudo cargar”*.

LOS SÍNTOMAS DEL TDAH, SÓLO LA PUNTA DEL ICEBERG

Eva María Esparza Meza

Silvia reconoce que el maltrato activo hacia la niña, comenzó desde que era bebé, durante la depresión posparto: *“entonces era muy agresiva con la niña, le gritaba mucho y le decía cosas”*. Los primeros golpes tienen lugar cuando intentó por primera vez el control de esfínteres, al año y medio: *“me desesperé y le pegué”*. A los 3 años, debido al duelo del padre y a la par de gritos e insultos: *“la hice a un lado la evitaba”*. Durante el embarazo de su segundo hijo, se produjo todavía un alejamiento mayor, la enuresis de Mariana la obligó a recordar su existencia, pero se burlaba de ella y le puso un apodo derivado de su nombre. Cuando nació el niño, Silvia envió a Mariana con su hermana, lugar donde fue objeto de vejaciones; menciona que debido a la situación de prematurez del niño: *“se me olvidaba mi hija, me alejé emocionalmente de ella”*.

La violencia verbal y física se recrudeció cuando Mariana ingresó a la primaria, le disgustaba ayudarle en la tarea y que se tardara “tanto” en realizarla; se desesperaba hasta gritarle e insultarla. Refiere:

Verdaderamente hago un esfuerzo por no insultarla, pero a la mera hora lo hago; por eso ya mejor la ignoro... Estos 2 últimos años convivo poco con ella, solamente en las comidas y tareas, me pregunto ¿qué pasa con Mariana y conmigo?, ya no sé cómo relacionarme con ella, la evito”.

Silvia solamente habla de insultos, pero elude el tema de los golpes; aspecto que refiere la propia Mariana, mostrando las huellas de los mismos (moretones en brazos y piernas). Sobre sus conflictos con la madre, expresa:

Yo tengo muchos problemas con mi mamá no me hace caso, prefiere estar en el teléfono celular o en la tele..., mi mamá se desespera por lo de la tarea, diario me dice palabras feas: pendeja, idiota, estúpida, hija de..., también me pega con la mano, el cinturón, el cable de la plancha, el cargador del teléfono; también mi papá me pega, pero menos.

LOS SÍNTOMAS DEL TDAH, SÓLO LA PUNTA DEL ICEBERG

Eva María Esparza Meza

Antes mi mamá se la pasaba metida en la televisión, ahora se la pasa en la Tablet, viendo películas, chateando, jugando, ya ni a mi hermano le pone atención..., a mí solamente me pone atención cuando me porto mal.

A veces la quiero y a veces no..., la odio cuando me dice cosas feas.

Una vez mentí para no decir que el moretón que tenía me lo hizo mi mamá.

En el test de la familia a la figura materna le asigna atributos ambivalentes, entre los positivos se encuentran: *“ella es muy bonita, la mamá más bonita del mundo, es muy inteligente, es feliz, arregla todo, siempre sabe qué hacer”*. En los negativos incluye: *“a la mamá no le gustan que la sigan y no juega con sus hijos, es muy enojona, se enoja mucho por todo, hasta por lo más pequeñito; la mamá no le cree a la hija, es burlona y grosera”*.

En su juego expresa activamente la agresión que recibe pasivamente en la realidad; como mencioné antes, intercambió las cabezas de los muñecos: al hombre le colocó la de la mujer y viceversa. Después elaboró una historia de una familia, donde al inicio no incluyó a la madre: *“no hay mamá, murió; hace muchos años que murió”*. Significativamente agrega: *“no creas que es mi mamá, yo la quiero mucho”*.

Posteriormente modificó el juego e incluyó a la figura materna en la familia, el tema es que van de paseo y todos suben a una montaña, el papá se cae rodando: *“que gracioso se ve todo torpe “; luego hace rodar a la madre: mira como quedó, toda embarrada ja, ja... ¡qué bonito paisaje tenemos desde aquí, ahí está embarrada la mamá burra!*

Respecto de la violencia materna es pertinente reflexionar, tanto en el efecto de esta violencia sobre la estructura psíquica de Mariana, como en lo que origina el odio de Silvia hacia ella. Sabemos que el ser humano, en sus primeros años de vida, depende totalmente del cuidado de otro para su subsistencia física y psicológica; ese otro generalmente es la madre y, en su conjunto, la familia; la

LOS SÍNTOMAS DEL TDAH, SÓLO LA PUNTA DEL ICEBERG

Eva María Esparza Meza

protección que la familia, pero especialmente la madre, ofrece al niño, asegura la posibilidad de la estructuración de su personalidad; es decir, pasar de un estado no integrado a uno de integración; las fallas y abusos en este proceso, afectan seriamente la integración (Winnicott, 1963a; 1965b). El olvido y la violencia maternos que ha sufrido Mariana, desde sus primeros días de nacida, precisamente corresponden al fracaso de la función protectora y de sostén, que constantemente ha puesto en riesgo la viabilidad de su devenir sujeto.

Según Marucco (2006), la imposición del deseo del otro cuando el yo aún es precario y se encuentra en pleno proceso de constitución, produce estragos permanentes en la organización psíquica; Mariana no corresponde al deseo materno, infiero que Silvia deseaba un varón que simbólicamente le otorgara el pene que a ella le falta, el nacimiento de Mariana fue una decepción que le remueve tanto su propia frustración narcisista como su rehusada castración; además, no es la niña fuerte y fálica que ella quisiera, aunque efectivamente, como dijera al verla en la UCIN, *“la veía fuerte”*; dentro de su fragilidad, Mariana ha tenido la fortaleza suficiente para negarse a que se le imponga un deseo que no le pertenece, aunque a costa de un excesivo gasto libidinal que le ha impedido desarrollar su potencial.

Mariana tiene que pagar el hecho de no ser la completud de la madre, de ahí que sea violentada desde el comienzo mismo de su vida, con diferentes acciones que van del olvido a los insultos y golpes y que están destinados, como todo acto agresivo, a dañarla y humillarla. No obstante, uno de los efectos más graves de la violencia como ejercicio de poder, es el no reconocimiento del niño como ser diferenciado; la violencia desaparece al otro como sujeto del deseo, para dejarlo sometido a la voluntad del sujeto violento; de esta forma, se pierde el carácter de persona para convertirse en objeto de sometimiento. El resultado es la vivencia de una enorme frustración, la madre que debiera proteger, amar, sostener, priva de la satisfacción y produce una injuria narcisista que empobrece al yo (Diccionario de psicoanálisis, elortiba.org).

Silvia refiere preocupación, pero no enuncia amor; es la madre, como portavoz la que debe ofrecer al niño enunciados que posibiliten su identificación con una existencia placentera, con el amor (Castoriadis-Aulagnier, 1975). El amor narcisista de los padres, promueve un intenso vínculo amoroso con el hijo; sin embargo, en este caso se instaló un vínculo perverso, la pulsión se volvió en sadismo abriendo una herida narcisista, que Silvia se encarga día con día, de mantener abierta, porque las grandes heridas narcisistas de la infancia, difícilmente cicatrizan y se pueden reabrir ante el más mínimo evento (Green, 1993). Los enunciados emitidos por la madre han logrado que Mariana, en lugar de identificarse como sujeto digno de amor, se identifique con una cosa despreciable. La violencia que Silvia impone a Mariana, representa un exceso que su aparato psíquico no puede elaborar, sobreviene la angustia del desamparo y los síntomas que, representan su imposibilidad para libidinizar el mundo exterior, éste se vuelve el lugar ideal para evacuar lo inelaborable.

Como mencioné antes, el yo se nutre del placer y desaloja lo displacentero, el yo de Mariana recurrió a la escisión como medida protectora contra el dolor psíquico producido por el desamor y la violencia; también ha optado por la paradoja amar-odiar y es que a pesar de todo, ama a su madre. Freud (1914) dijo que el individuo ama “para no caer enfermo” (p.82), tal vez eso es lo que salva a Mariana de una mayor desintegración o, como diría Marucco (2006), su mayor fortaleza es apelar a “la apuesta pulsional”, esa fuerza que anima al deseo y a la vida.

e). La violencia escolar – síntomas del TDAH

Cuando Mariana ingresó a la escuela primaria (ver apartado A), comenzaron a manifestarse los síntomas que rápidamente quedarían bajo sospecha de TDAH y que parecen corresponder solamente al desplazamiento de otros síntomas que ya habían surgido con anterioridad en la historia del niña, particularidad que coincide con la clasificación diagnóstica del DSM-IV y 5 (APA, 2002, 2013), aunque ésta no les otorga validez etiológica.

LOS SÍNTOMAS DEL TDAH, SÓLO LA PUNTA DEL ICEBERG

Eva María Esparza Meza

En el contexto escolar, Mariana recibe lo mismo que en el hogar: olvido y maltrato. Las (o) maestras no la escuchan ni la ven en su especificidad como persona, los otros niños la agreden y se burlan de ella; el resultado es un bajo rendimiento escolar y una pobreza e insatisfacción en las relaciones con los otros. Para que estos dos aspectos se logren con éxito, es necesario que el proceso secundario predomine sobre el primario y que la actividad de pensamiento se encuentre plenamente establecida. En este sentido, la realidad exterior cobra mayor significación cuando el yo, fortalecido por el narcisismo y mediante el proceso secundario, es capaz de inhibir y posponer la descarga pulsional; aquí la función de atención juega un papel muy importante, ya que mediante ella el yo invierte al mundo externo (Freud, 1911, 1917). De lo anterior se colige que, cuando el yo no ha logrado la integración suficiente, básicamente por una deficiencia narcisista, la economía energética se empobrece en perjuicio del funcionamiento psíquico, el mundo exterior no puede ser investido a cabalidad, de ahí que las funciones de yo como la atención, memoria y control de la motricidad se vean menguadas y el niño no encuentre placer en el aprendizaje (Freud, 1923).

Tanto los padres como la escuela, en su calidad de sustituto familiar, han fracasado en la función protectora, diría que incluso, se han vuelto amenazantes para la integridad como persona de Mariana; ambas instituciones (familia y escuela) no han respondido ni respetado las necesidades y ritmos de la niña, por el contrario, imponen su propio discurso con la finalidad de lograr la sumisión; cuando el entorno fracasa en facilitar la integración, se menoscaba el sentimiento de confianza y seguridad en sí mismo y en el ambiente, aspectos que interfieren con la habilidad para el autocontrol, que comprometen la relación con los otros y favorecen el surgimiento de síntomas como la hiperactividad, la apatía, la dificultad para atender (Winnicott, 1960a, 1960b, 1962d).

Winnicott (1960c) sugiere que el entorno familiar inicia al niño en las relaciones sociales, de tal forma que cuando ingresa a la escuela, es capaz de interactuar con otros y ensanchar el círculo de sus relaciones; para ello, es necesario que

LOS SÍNTOMAS DEL TDAH, SÓLO LA PUNTA DEL ICEBERG

Eva María Esparza Meza

primero haya tenido numerosas oportunidades de dar y recibir dentro del marco familiar; cómo podemos darnos cuenta, en el caso de Mariana esta premisa ha fallado, ella se esfuerza por encontrar la aceptación en la mirada de los otros, pero lo que ha recibido es el olvido y la humillación; el gusto por la lectura es su refugio, fuente de satisfacción, en el afuera solamente los síntomas cautivan la mirada.

El yo, nos dice Freud (1940 [1938]), anhela el placer y esquivo el displacer, el incremento de éste es una amenaza; sin embargo, bajo el principio de realidad debe decidir entre la satisfacción, la demora o la cancelación. En ocasiones, la realidad externa imprime un insoportable dolor que para un yo endeble, será muy difícil de eludir, entonces aparece la psicopatología, medio a través del cual el yo intenta evitar la dolorosa realidad. Los síntomas desarrollados por Mariana corresponden a este intento, notemos que no niega la realidad, sus síntomas expresan el exceso de displacer, se convierten, así, en una solicitud de auxilio.

Por otra parte, el caso de Mariana nos habla de la fuerza que tiene la pulsión de Eros para salvaguardar, hasta donde sea posible, la integridad psíquica del individuo. De este modo, persiste en su afán de mantener una ligazón amorosa con un objeto ideal, cuyo puente es la lectura; basta pues esta única identificación, para evitar el derrumbe; en este sentido, los síntomas actúan a favor de la pulsión de vida, se mantiene la esperanza narcisista de un placer futuro, una esperanza que protege su precario yo contra el desinvertimiento definitivo (Aulagnier, 1986a).

CASO DANIEL: “Ofrenda para la abuela”

A). Información general

A.1. Descripción

Paciente remitido por el centro de asistencia psicológica. Cuando lo veo por primera vez está próximo a cumplir los 9 años, cursa el 4° grado de educación básica en una primaria oficial de horario regular; su rendimiento se ubica entre 7 y 8. Su madre, Consuelo, tiene 34 años y trabaja como intendente en una institución universitaria; su hermano tiene 7 años (casi 8), cursa el 2° grado de primaria. El padre (José) de 29 años, trabaja de jardinero en la misma institución que la madre, Daniel se refiere a él como “*ex papá*” y agrega: “*no vive con nosotros desde que yo tenía 3 años, vivo con mi abuelito, mi abuelita, mi mamá y mi hermano*”.

A la primera sesión acude Consuelo con sus dos hijos; Daniel es un niño que aparenta la edad que tiene, delgado y sonriente, trata de causar buena impresión, pide responder antes que la madre cuando hago alguna pregunta y dirige a su hermano menor sobre lo que debe hacer; la madre dice que éste hace todo lo que Daniel. No realiza ninguna actividad extraescolar, por la tarde gusta de jugar fútbol con su hermano, ver televisión o jugar videojuegos.

A.2. Motivo de consulta

Consuelo refiere: “*no pone atención en clase*”, desde que cursaba el primer grado reportaron la dificultad para atender, comenta que a decir de la maestra, “*le hablaban y no hacía caso, no ponía atención, jugaba en clase y se distraía constantemente*”; Daniel acota que se distraía “*hablando con mis compañeros*”. “*Después dejó de levantarse*”, dice Consuelo, “*pero seguía sin atender*”. Precisamente, en ese año escolar lo remitieron a un Centro de Salud del Distrito Federal, por distracción y agresividad.

LOS SÍNTOMAS DEL TDAH, SÓLO LA PUNTA DEL ICEBERG

Eva María Esparza Meza

Su madre señala: *“ahí lo atendieron alrededor de un año y medio, pero las consultas eran muy esporádicas y no se observaron resultados”*. Estando cursando el 3º lo reportaron nuevamente de la escuela y por esa razón hizo solicitud en el Centro Comunitario del cual me lo canalizaron.

A.3. Confirmación del diagnóstico

Daniel presenta TDAH con predominio hacia el déficit de atención, aspecto en que coinciden la madre, la escuela y él mismo, en el cuestionario Vanderbilt; resaltando: le disgusta comenzar tareas que le requieren de mayor esfuerzo mental, se distrae con facilidad y es olvidadizo en las actividades diarias. La maestra considera que muestra dificultades en expresión escrita, seguimiento de instrucciones y conclusión de tareas escolares.

En cuanto al componente hiperactividad/impulsividad, existe discrepancia de opiniones, en la escuela no se refiere; en tanto que la familia especialmente la abuelita, lo percibe hiperactivo, sobresaliendo que es muy inquieto y está siempre *“activo, como si tuviera motor”*; así mismo, lo describen con rasgos desafiantes oposicionistas, destacando: *“se niega enérgicamente a cumplir o satisfacer los pedidos o reglas de los adultos, discute con adultos, pierde la paciencia y culpa a otros por sus errores o comportamiento”*. Por su parte, Daniel no se considera a sí mismo hiperactivo ni desafiante, aunque coincide en el ítem de siempre activo, al cual agrega el comentario: *“parezco un carro que quiere sacar toda su velocidad”*, también concuerda en que discute con adultos: *“con mi mamá Chelo, más que mucho”* y en que pierde la paciencia con facilidad: *“soy muy enojón”*; así mismo, se percibe miedoso y se avergüenza con frecuencia: *“cuando quiero participar [en clase] me da pena”*.

Dado que tanto el DSM-IV, como el 5 (APA, 2002, 2013) establecen que para emitir el diagnóstico, es requisito que los síntomas se presenten en dos o más situaciones, no puedo concluir que se trate de un niño con hiperactividad, ya que al parecer, este síntoma solamente se presenta en casa, por esta razón, considero

LOS SÍNTOMAS DEL TDAH, SÓLO LA PUNTA DEL ICEBERG

Eva María Esparza Meza

que se trata de un trastorno por déficit de atención. Da la impresión que el elemento hiperactividad/impulsividad, más bien tiene que ver con lo que la familia espera del comportamiento de Daniel, aspecto que más adelante abordaré.

B). Sintomatología

Según la madre, Daniel no tuvo manifestaciones sintomáticas cuando era bebé, a no ser por síntomas discretos como cierta perturbación del sueño y la alimentación, Consuelo comenta en cuanto al primero: *“el sueño fue la parte más difícil, dormía de día y permanecía despierto toda la noche, así fue durante el primer año. Todavía duerme poco, como unas 7 u 8 horas”*.

Con relación a la alimentación, refiere que el amamantamiento no se logró del todo: *“es que hubo problemas para que Daniel tomara el pezón, lo intenté como 2 meses”,* por esta razón se pasó al biberón, el cual tomó hasta los 3 años, *“fue por mayor facilidad, o tal vez más práctico, no sé”; “sufrió para dejarlo, lloraba mucho, aunque al final ya solamente tomaba el de la noche”*.

Posteriormente surgieron dificultades en el control de esfínteres: *“fue un proceso difícil, se tardó mucho en lograrlo, duró más de medio año y lo logró alrededor de los 4 años”, “por eso no entró al kínder antes, no quería dejar el pañal”*.

Según la narración de Consuelo, sus problemas empezaron cuando cursaba el preescolar, al que ingresó a los 4 años con 8 meses:

Ya desde ahí la maestra comenzó a reportarlo como disperso, no prestaba atención, lo atendió el psicólogo escolar. En ese tiempo también los niños le pegaban y lo molestaban, la maestra y nosotros le dijimos que se defendiera.

Consuelo piensa que esto se debió a la separación de ellos (la pareja), que ocurrió cuando Daniel tenía 3 años.

LOS SÍNTOMAS DEL TDAH, SÓLO LA PUNTA DEL ICEBERG

Eva María Esparza Meza

Los síntomas se agudizaron durante el 1° de primaria, entonces fue remitido de la escuela a un centro comunitario del Distrito Federal mediante un oficio, donde se informaba lo siguiente:

El menor se muestra agresivo sin motivo alguno, no trabaja en el salón de clases, se distrae con facilidad, sus períodos de atención son muy cortos, lo cual le dificulta integrarse a los trabajos educativos en el aula. Es de suma importancia que los padres del menor participen en el apoyo psicológico.

Como mencioné antes, de acuerdo con la madre, este tratamiento no tuvo resultados favorables, tampoco los padres recibieron asesorías para mejorar la dinámica familiar y la relación con el niño. En 3° nuevamente se solicitó que fuera atendido por sus dificultades para mantener la atención, aunque ya no se aludió al comportamiento agresivo.

Consuelo refiere que además de los problemas con la atención, en casa “no obedece, antes por lo menos obedecía a mi mamá, pero ahora no obedece a ninguna de las dos”. Por su parte, Daniel piensa que lo enviaron por su comportamiento: “tal vez sea por el comportamiento, no me porto bien; cuando desobedezco mi mamá Chelo me pega, como soy muy sensible de la nariz me sale sangre” (pone su mano en la cara para ejemplificar cómo le pega su mamá). Daniel agrega que también es inseguro especialmente cuando tiene que hablar con adultos, dice llevarse bien con otros niños, manifiesta que él y su hermano tienen buena relación, aunque “a veces nos peleamos, él me provoca; cuando nos peleamos mi mamá Chelo nos regaña, nos castiga o nos pega.”

En relación a estos castigos, comenta:

Mi mamá Chelo a veces nos pega con el cinturón, como si fuéramos caballos, dobla el cinturón y nos da de cinturonzos. Otras veces nos baja los calzones y nos pega con una regla. Dos veces nos puso la mano en la estufa.

LOS SÍNTOMAS DEL TDAH, SÓLO LA PUNTA DEL ICEBERG

Eva María Esparza Meza

Consuelo confirma el dato y explica: “*eso ya tiene tiempo*”, la primera ocasión lo hizo porque tomaron dinero de alguien, “*fue para enseñarles que no deben tomar nada ajeno*”; la segunda vez fue “*castigo a sus travesuras*”, ya que los niños andaban jugando con una luz de navidad en el cuarto, se incendió un plástico, ellos narran: “*nos dio mucho miedo*”, entonces cerraron el cuarto y se salieron sin decir nada, una vez que el olor a quemado fue percibido por el abuelo, se dieron cuenta que se estaba incendiando el cuarto, Consuelo: “*por eso les puse la mano en la estufa, para que vean lo que pudo haber pasado*”. Dice que ya tiene tiempo que no usa esos castigos, “*pero si les doy nalgadas*”.

Reflexionando en torno de la sintomatología presentada por Daniel, cabe preguntarnos sobre el significado de su déficit de atención y las experiencias que han dado lugar al desinterés en las cosas que ocurren en el medio externo. Por otra parte, pienso en la impresión que me causa, en su voz mimada y en que lo primero que hace al llegar a sesión, es recostarse en el sillón mientras abraza un cojín, a manera de acurrucarse; estas cavilaciones me conducen a la situación de tomar el biberón hasta grande y a su negativa al control de esfínteres; lo que apunta hacia una fijación en la etapa de dependencia infantil, aspecto que es reforzado por los mimos de la abuela y la incapacidad de Consuelo para asumir la función de madre: lejana afectivamente pero que parece estar ahí solamente para castigar. Sugiero que ambas circunstancias: persistencia de la dependencia infantil y falta de libidinización, por parte de Daniel, hacia el mundo exterior, son condiciones que han limitado el funcionamiento del yo y trabado su desarrollo, fallas que se ubican detrás de la sintomatología del TDA y que se relacionan con la experiencias de vida tempranas.

C). Análisis del caso

Este caso nos permite observar, las consecuencias psíquicas del predominio del deseo de maternidad sobre el deseo de hijo, apareciendo un conflicto en relación al origen. Su nacimiento fue un evento feliz, donde el deseo circula a través de la imagen materna de la abuela, quien coloca a Daniel en la situación de su Majestad

LOS SÍNTOMAS DEL TDAH, SÓLO LA PUNTA DEL ICEBERG

Eva María Esparza Meza

el bebé, una experiencia de omnipotencia donde el mundo de los objetos es presentado antes de que el niño lo solicite, generando una fijación en la búsqueda de satisfacción oral.

Veremos cómo el exceso en la gratificación impide la renuncia oral y estorba el control de esfínteres, es decir, el proceso hacia la autonomía, interferido también por la inmadurez de los padres que no se comprometieron con su crianza. La separación de los padres complica más la elaboración edípica, donde se observa un doble Edipo: con la abuela-madre y la madre-hermana (circunstancia que refleja la conflictiva de la transmisión generacional); aunque Daniel logra una cierta estructuración mediante la identificación valorizante con el abuelo y el tío. Por otra parte, su dificultad para atender en la escuela, puede plantearse como una incapacidad para renunciar a una postura egocéntrica (autoerótica) e invertir el mundo externo. Esto último relacionado con una existencia desprovista de creatividad, representada en el aburrimiento.

C.1. Experiencias antes del nacimiento – deseo de maternidad

Consuelo comenta que el embarazo no fue planeado, pero no se cuidaban, así que podemos pensar que inconscientemente se buscaba: *“cuando recibí la noticia de que estaba embarazada me asombré, pero no lo rechazamos”. Él (José, el padre) se puso muy contento, lo supo primero que yo (él recogió los resultados de los análisis clínicos), cuando fue por mi al trabajo, ya hasta lo había festejado*. Según su narración, la gestación transcurrió sin ninguna complicación, cosa que le permitió seguir trabajando hasta el nacimiento, ella se sentía *“contenta, en ese tiempo sentía el respaldo de José.”*

En este punto, es conveniente situar brevemente, las condiciones de la pareja que procreó a Daniel; desde que Consuelo y José se casaron, nunca tuvieron un espacio propio, al principio vivían en un cuarto ofrecido por los padres de él, pero también tenían un cuarto en casa de ella: *“pasábamos unos días en su casa, otros en mi casa”*; durante la gestación ella prefería estar en su casa: *“él quería estar*

LOS SÍNTOMAS DEL TDAH, SÓLO LA PUNTA DEL ICEBERG

Eva María Esparza Meza

con su familia y yo con la mía". Parece que les costó trabajo asumirse como pareja, ya que ambos querían seguir siendo "hijitos de familia", cobijados por sus respectivas familias, refiere: "no tomamos la responsabilidad como debía ser, no estábamos conscientes de que no estábamos construyendo una familia"; de hecho, después de la separación, cada uno regresó a vivir con sus padres.

Según Consuelo, el padre de Daniel siempre ha sido "*demasiado protegido*" por su familia, "*tenía mamitis, le gustaba estar más en su casa, estar acostado con su mamá..., en serio, se acostaba en la cama con ella*". Por su parte, ella tiene un hermano menor que era el "preferido", recuerda:

De niña yo era rebelde y desobediente, mi mamá constantemente me castigaba y pegaba, a veces me dejaba sin cenar. Siempre pensé que mi mamá prefería a mi hermano; es que él era más obediente, cuando lo regañaba, pedía perdón a mi mamá y le prometía que se iba a portar bien. Yo no era así, me quedaba con el enojo, prefería irme con mi abuelita, a veces me quedaba ahí todo el fin de semana.

Mi mamá era más cariñosa con él, lo besaba y abrazaba; a mí también me abrazaba, pero no tanto. Bueno, yo no era tan receptiva, mi hermano era como Daniel, se chiqueaba; en cambio yo era muy, como sentida, si me decía algo me enojaba y mi hermano no.

La abuela materna parece tener una posición muy relevante dentro de esta familia, tanto Daniel como la madre, frecuentemente la incluyen en su discurso; Consuelo refiere que toda la vida ha buscado la aprobación de su madre sin lograrlo y que actualmente le reclama que no sabe hacer nada, a lo que ella le ha contestado: "*tú nunca me enseñaste..., y es que ella era muy de regañarme, siempre exigía el 100, si yo hacía algo bien para ella no era suficiente*".

A través de sus palabras, Consuelo refleja que permanece en la ligazón preedípica con su madre, anhelando la mirada de aprobación que le faltó en su niñez; Freud (1933 [1932]) planteó que en el devenir femenino, la niña, antes de

desear darle un hijo al padre, albergó este deseo hacia la madre. En la situación de Consuelo, este deseo se vio frustrado por los celos hacia el hermano, ella nunca sería la preferida de la madre, pues al igual que ella, estaba castrada. La vía de resarcimiento llegaría al tener un hijo varón que ofrendarle en sustitución del hermano ausente, quien, *“se fue a vivir a los Estados Unidos, para buscar mejor suerte y trabajar”*, meses antes de que naciera Daniel; de esta manera, más que deseo de hijo, un hijo de la pareja, Daniel es fruto de un deseo de maternidad donde Consuelo repite especularmente su relación con la madre (Aulagnier, 2002), su hijo representa la posibilidad de reencontrarse a sí misma para “vivir en forma invertida una relación incestuosa y arcaica que se dirige a su propia madre” (Castoriadis-Aulagnier, 1975, p. 204), aspecto que saldrá a relucir más adelante.

C.2. Experiencias alrededor del parto – nacimiento

a). Un niño: consuelo para la abuela

Daniel nació a los 8 meses de gestación, mediante parto *“normal, con bloqueo”*, dice Consuelo, *“lo que no me gustó es que lo conocí hasta el día siguiente”*. No lo pudo amamantar porque según ella, *“hubo problemas para que Daniel tomara el pezón”*. Alimentarlo con biberón era *“más práctico”*, además *“de todas formas no iba a poder alimentarlo mucho tiempo, pues tenía que regresar a trabajar”*; al trabajo se reincorporó a los 40 días de nacido el niño, dejándolo al cuidado absoluto de la abuela (materna).

Al respecto de la lactancia es interesante notar las dificultades de vinculación, como señalara Langer (1987), por razones de trabajo, muchas veces la mujer tiene que prescindir del amamantamiento, pero también se observan motivaciones psicológicas para no hacerlo; la lactancia implica intimidad y fortalecimiento del vínculo, algo difícil de lograr cuando las madres repiten en su experiencia su propia frustración infantil. De esta manera, la ligazón amorosa entre Daniel y Consuelo quedó dañada desde ese momento, el primer objeto amoroso en su vida

LOS SÍNTOMAS DEL TDAH, SÓLO LA PUNTA DEL ICEBERG

Eva María Esparza Meza

no fue su madre, sino su abuela; “*me encariñé con ella desde que era un bebé*”, “*ella me quiso desde que nací*” comenta Daniel.

Consuelo expone que el nacimiento fue un evento feliz para ambas familias: “*es que fue el primer nieto en las dos familias*”; dado que ella tenía que reincorporarse a su trabajo:

Las dos familias se peleaban por cuidarlo, pero a mí no me gustaba que la familia de él lo cuidara. Además, unos meses antes mi hermano se fue a los Estados Unidos, mi mamá se puso muy triste, muy deprimida, él era muy apegado a ella y aunque mi mamá le dio permiso de irse se la pasaba llorando, con su cara toda triste; así que Daniel llegó a ser su consuelo, por eso yo preferí que mis padres lo cuidaran.

Cuando estaba embarazada, antes de que se fuera mi hermano, mi mamá me dijo: ‘a ver cómo le haces cuando nazca el niño, yo no te lo voy a cuidar’, pero cuando nació me dijo que ella se quedaba con él.

Es notorio que Consuelo, al hablar del nacimiento de Daniel, no manifiesta lo que ella o José sintieron, sino cómo lo recibieron sus familias. Su llegada, más que felicidad, le otorgó la satisfacción narcisista de ser la primera en darles un nieto. Desde el comienzo de la vida dice Dolto (1981, p. 264), “los dados están marcados”; en aras de reparar su frustración narcisista infantil, Consuelo dimitió de su función materna para ofrendarle a su madre un hijo varón que la rescatara de su depresión, generada por la partida del hijo a los Estados Unidos, pesada carga para un infante. Tiene lugar en este momento una pérdida para Daniel, cuya boca no se encuentra con el pecho de la madre, ocurre una transgresión del deseo, porque el verdadero deseo de Consuelo estriba en que, a través de su hijo, pudiera encontrar a su madre. De esta forma, la relación con el objeto primario, fundante del psiquismo, será con la abuela a quien Daniel llama “*mamá*” y con la que creo un intenso vínculo amoroso (Castoriadis-Aulagnier, 1975).

LOS SÍNTOMAS DEL TDAH, SÓLO LA PUNTA DEL ICEBERG

Eva María Esparza Meza

Consuelo narra que cuando Daniel nació, su mamá le dijo que no se fuera a la casa de sus suegros, era más conveniente que los dos, junto con el bebé se quedaran con ellos, *“para cuidarme en la cuarentena”*:

Quiero que te recuperes bien para que no te pase lo que a mí, que no hubo quien me ayudara y luego, luego tuve que encargarme de todo: lavar, hacer de comer, limpiar, atender a tu papá y a ustedes y mira, por eso ahora sufro de tanto dolor de espalda y cabeza.

Estamos frente a un claro ejemplo de un deseo de maternidad, donde, como Castoriadis-Aulagnier (1975) escribiera, está implícita la negación del deseo de hijo, “a través del cual se expresa el deseo de revivir, en posición invertida, una relación primaria con la madre” (p. 203), la expectativa es “el retorno de sí misma en cuanto fuente del placer materno” (p.204). Punto donde el origen del infante queda transfigurado, ya que al desprenderse del cuerpo de la madre, también se deja atrás el pasado materno para organizarse en torno a un nuevo tiempo sin posibilidad de retorno; una posición insostenible ya que si bien, al principio Consuelo recibió el cuidado de su madre, obteniendo de este modo lo que tanto anhelaba, con el paso del tiempo vivirá nuevamente su pérdida: *“me siento desplazada, no tengo autoridad como madre, es como si fuera y no al mismo tiempo mi hijo”*, nuevamente quedó relegada en el amor de la madre por su propio hijo: sin el amor de la madre y sin el amor del hijo. Aunque secundariamente, a través de su hijo ha triunfado: *“mi mamá me hizo todo más fácil”*.

b). La experiencia de la omnipotencia – fijación en la búsqueda de satisfacción

Según Consuelo, el nacimiento del niño fue vivido con enorme felicidad por los abuelos, tanto que a partir de ese momento, se dedicaron única y exclusivamente a él:

Mi papá se puso tan feliz con su nacimiento, que le dijo a mi mamá que no hiciera nada, más que encargarse de cuidar al niño.

LOS SÍNTOMAS DEL TDAH, SÓLO LA PUNTA DEL ICEBERG

Eva María Esparza Meza

Yo casi no veía al bebé, trabajaba de 8 de la mañana a 8 de la noche y los sábados medio día, mi mamá se encargaba de todo su cuidado: bañarlo, despertarlo para darle su biberón y su comida, porque él era muy dormilón, dormía de día y lloraba de noche. Yo lo cuidaba de noche, pero desde que me dio una gripa muy fuerte ella me dijo que mejor se lo llevaba a su cuarto; cuando quedé embarazada otra vez, ya Daniel se quedó también en la noche con ellos.

A decir de Consuelo, desde que nació y hasta la fecha, la crianza de Daniel fue realizada por la abuela, quien ha sido demasiado solícita y protectora con él.

Toda la atención de mi mamá era para Daniel, fue a ella a quien primero le dijo mamá. Cuando era chiquito la seguía a todos lados, era a ella a quien le decía mamá. Siempre le cumplía todo lo que quería, lo protegía mucho, no quería ni que le diera el aire, lo mimaba mucho con abrazos, besos, arrullos, desde chiquito jugaba con él.

Sobre su nacimiento Daniel expresa:

Yo nací de la panza de mi mamá Chelo, yo creo que lloré, dicen que todos los bebés lloran... nací grande y colorado... mi mamá Chelo estuvo feliz de que naciera, pero la más feliz fue mi mamá (abuelita), así me lo ha dicho ella, porque ella me cuidó. Mi mamá Chelo trabajaba por eso me cuidó mi mamá. Ella [abuelita], nos cuida y nos da de comer siempre.

Después nació mi hermano, mi mamá Chelo dejó de trabajar para cuidarlo, mientras mi mamá [abuela] me siguió cuidando a mí.

Para Castoriadis-Aulagnier (1975) una de las funciones estructurantes de la portavoz tiene que ver con los enunciados sobre el origen del infante, es especialmente importante que sepa sobre el placer de que él exista. Como podemos vislumbrar a través del discurso de Daniel y su madre, su advenimiento fue un evento gozoso donde la abuela fue designada como la madre de Daniel;

LOS SÍNTOMAS DEL TDAH, SÓLO LA PUNTA DEL ICEBERG

Eva María Esparza Meza

Consuelo expropia el niño al padre para ofrendarlo a su madre, a partir de ese momento, se inscribió el devenir de Daniel en torno a la figura de la abuela. Así mismo, es posible percibir el intenso investimento narcisista proyectado en el bebé. Ese bebé que llegó para ocupar el lugar de una pérdida: la del hijo ausente y reparar la depresión de la madre-abuela.

El narcisismo es antes que nada un elemento estructurante del aparato psíquico, la narcisización asegura la integración y funcionamiento del yo (Green, 1983). El niño, representa el antiguo ideal del yo de sus padres, de ahí que el amor parental no sea otra cosa sino el retorno de su narcisismo abandonado; la sobrestimación derivada de este reducto narcisista, es el componente principal del vínculo afectivo entre los padres y el bebé. Es así, que la abuela se recuperó de su depresión, sus investiduras vuelven a ser depositadas en el niño perfecto (sustituto del que se fue), Daniel se convirtió en His Majesty the Baby (Freud, 1914), investidura que no desea abandonar.

Sobre el intenso lazo afectivo con la abuela, Daniel da cuenta en el test de la familia: *“mi mamá [abuelita] es la más cariñosa, cuando estaba bebé me quedaba con ella, nos teníamos mucho cariño”... ella me quiso desde que nació*.

Manifiesta la satisfacción de la etapa de lactancia, cuando narra que le gusta ver las fotos de cuando era bebé:

En las fotos he visto que primero le sonreí a ella [abuelita] y luego ella me sonrió a mí.

Dice mi mamá [abuela] que era muy bonito y travieso... yo primero quise a mi mamá, luego a mi hermano, luego a mi mamá Chelo, luego a mi tío y a mi papá R [abuelito]... Antes mi mamá quería más a mi tío I, pero como él se fue a Estados Unidos, ahora me quiere más a mí.

Mi mamá [abuela] me ha contado que mi primera palabra fue ‘go’, después le puse la I y ya fue gol, mi segunda palabra fue mamá. Ella dice que era

LOS SÍNTOMAS DEL TDAH, SÓLO LA PUNTA DEL ICEBERG

Eva María Esparza Meza

inteligente desde chiquito, porque le pedía que me prendiera la tele en el futbol y yo decía 'gol', estaba chiquito y ya sabía.

Con voz infantilizada agrega: “*Me gustaría volver a ser bebé, así me consentirían*”.

Como producto del narcisismo aparece en el niño la creencia en su propia omnipotencia, una sobreestima del poder de sus deseos (Freud, 1914). Esta omnipotencia se vincula estrechamente con la entrega, la mirada de la madre, quien presenta el mundo al bebé y que es indispensable en el proceso de ilusión-desilusión, las experiencias de omnipotencia producen en el infante la ilusión de que él crea al mundo; posteriormente, la madre tendrá que desilusionarlo, para hacer la realidad más tolerable (Winnicott, 1947, 1963a). Con el nacimiento de Daniel, la abuela se constituyó en el objeto primordial, se entrega devotamente, creando en él la ilusión de omnipotencia; no obstante, se inscribe una falla en el psiquismo del bebé que tiene que ver con un exceso, exceso que no respeta el ritmo, que se anticipa y presenta los objetos antes de que Daniel lo solicite; la anticipación, como sugirió Winnicott (1960a, 1963a), significa una intrusión que impone una permanente regresión hacia la fusión; una falla en el proceso de desilusión que ha obstaculizado la tendencia hacia la autonomía y que dejó el deseo de permanecer en la posición de su majestad el bebé, fijado a la constante búsqueda de las satisfacciones infantiles del estado de dependencia.

C.3. Experiencias posteriores al nacimiento

a). Experiencias de satisfacción infantil - dificultades para la renuncia

Como mencioné antes, los primeros síntomas que Daniel presentó, según su madre, tienen que ver con el sueño, la alimentación y el control de esfínteres; refiere: “*permanecía despierto toda la noche*” [sic], tomó biberón hasta los 3 años y usó pañal más allá de los 4 años. Cuando tenía 5 meses de edad, Consuelo se embarazó de su segundo hijo, razón que propició un mayor acercamiento de Daniel con su abuela. Durante esa época, el esposo pasaba cada vez más tiempo en casa de sus padres y ella en la suya.

LOS SÍNTOMAS DEL TDAH, SÓLO LA PUNTA DEL ICEBERG

Eva María Esparza Meza

Dormir apaciblemente implica la relajación libidinal, que el niño descanse bajo la sombra de la imagen protectora de la madre; los problemas del dormir se deben a múltiples factores, entre los que se encuentran los conflictos relacionales (Marcelli, y Ajuriaguerra (2004), en este entendimiento, podemos advertir que el dormir reflejaba en Daniel el problema de la elección – primacía de objeto: en el día una abuela-madre entregada totalmente a su cuidado, en tanto que su madre biológica estaba ausente; por la noche su madre se encargaba de él y se ausentaba la abuela, pero su madre no estaba disponible para él, sus pensamientos estaban ocupados por los conflictos con su pareja y el embarazo de su segundo hijo, tal vez inconscientemente esperando que éste si fuese un hijo para ella, su desapego introdujo una falla en su función de protección y paraexcitación. El sueño se regularizó cuando la abuela también lo cuida por la noche, entonces se estableció una relación (interna y externa) de primacía con la abuela-madre.

Por otro lado, tenemos la renuencia de Daniel para dejar el biberón, Consuelo refiere que la abuela decía: *“déjalo que tiene que lo tome, no quería contrariarlo si se lo quitaba”*; en este aspecto, Marcelli y Ajuriaguerra (2004) señalan que, en torno de la alimentación, se crea la primera vinculación con el objeto de amor. Así, Daniel comenzó a amar a su abuela, quien le ofrecía protección y satisfacía sus necesidades; como Freud (1905) señalara, el placer no solamente se restringe a la satisfacción del hambre, también se refuerza de los afectos prodigados por el cuidador con sus besos, caricias, arrullos, cánticos, palabras y miradas (dispensados por la abuela), pero el exceso suscita la incapacidad del niño para resignar; de esta forma, el período de lactancia produjo tanta satisfacción, que Daniel quedó adherido a esa época, de ahí que la renuncia resultara tan complicada; por otra parte, la dificultad para renunciar a la satisfacción oral es promovida por la propia abuela, según la narración de Consuelo:

De chiquito [la abuela] le daba de comer en la boca, todavía lo hace de repente, hasta dice: ‘mira mi bebé, ya le estoy dando de comer en la boca y él [Daniel], muy contento de que le den en la boca y le da risa’.

LOS SÍNTOMAS DEL TDAH, SÓLO LA PUNTA DEL ICEBERG

Eva María Esparza Meza

A veces no quiere comer algo y me dice: 'no quiero eso', yo le digo que debe comer lo que hay, pero mi mamá me dice: dale lo que te está pidiendo.

Sus síntomas, especialmente la apatía escolar, nos hablan del desinterés de Daniel hacia el mundo exterior, (tal vez una forma de escapar del lugar de la ausencia del tío, de la madre, del padre) derivado de su afán por permanecer en la satisfacción infantil, cuando él era su majestad el bebé y no importaba nada más (Freud, 1917).

El control de esfínteres, representó para Daniel otra difícil renuncia y es que el niño obtiene sensaciones placenteras tanto de la defecación como del orinar a voluntad; pero del exterior, procede la exigencia para que adquiera control sobre tales procesos, contrariando su aspiración al placer, en este caso especialmente el placer uretral (Freud, 1917 [1916-17]; tanto el destete como el control de los esfínteres implican la separación del objeto e introducen al niño en el camino hacia la autonomía relativa, requisitos ambos (aceptación de separación y autonomía) para la inserción en el ámbito de las relaciones sociales (Dolto, 1981). Daniel no estaba dispuesto a tolerar ninguna de ellas, a decir de su madre:

Si quería ir al kínder, pero no dejaba el pañal, yo le compraba sus calzones entrenadores, pero no me acuerdo por qué no lo lograba, en ese tiempo yo estaba muy deprimida por los problemas con mi esposo y luego por la separación; solamente me acuerdo que mi mamá decía que lo dejáramos que ya aprendería.

De este modo, Daniel se debatía entre una tendencia maduracional y su deseo de seguir siendo el bebé de mamá (abuela); finalmente ganó la primera, se volvió un ser civilizado (Freud (1940 [1938])), en gran parte, bajo el influjo de la rivalidad con el hermano menor que ya había conseguido, a la par de él, el control; por otro lado, el logro le permitía seguir ocupando su posición de preferido frente a la

LOS SÍNTOMAS DEL TDAH, SÓLO LA PUNTA DEL ICEBERG

Eva María Esparza Meza

abuela, deseo que se manifiesta cuando en un juego expresa: *“a mí no me gustaría ser malo, debe ser feo ser malo, nadie te quiere”*.

Así, Daniel se dio cuenta que no responder al deseo de los adultos “lo volvía malo”, no deseaba perder el amor y finalmente renunció al placer uretral. No obstante, su renuncia dejaría huellas en su desinterés por lo escolar y se desplazaría hacia una satisfacción uretral sustituta: constantemente desea ir al baño, en sesión va dos o tres veces, *“me entran las ansias”*.

b). Ligazón infantil – dificultad para la autonomía

Podría afirmar que Daniel nunca ha renunciado al placer infantil, baste con señalar que habla poco de su vida actual, pero se le ilumina la cara y con voz infantilizada, cuenta sus experiencias infantiles narradas por la abuela-madre, juntos disfrutan viendo fotos y videos de “sus travesuras”, gustos de pequeño: *“yo tengo buena memoria, me acuerdo de todo, hasta de cuando era chiquito, era chinito, güerito, me gustaba andar sin calzones y brincar en la cama”*. Hablando como niño chiquito continúa: *“era bien bonito, tenía los ojos como chino y tenía el pelo algo rizado, pero era muy travieso”*; en otra ocasión cuenta que lo hace feliz: *“que mi mamá [abuela], me hable cariñosamente, como cuando me dice Danielito”*.

La intensa ligazón infantil con su madre-abuela obstaculiza el desarrollo autónomo de Daniel; su madre refiere que todavía le gusta sentarse en las piernas de la abuela, *“ella lo arrulla como si fuera chiquito, lo abraza y le dice que es su bebé”*, por su parte Daniel comenta: *“me gusta que mi mamá [abuela] me abraze, me de besos y me siente en sus piernas, también me gusta que juegue con nosotros; yo también le doy besos y le digo que la quiero”*. El placer producido por la ligazón con la abuela ha impedido la separación, el desligamiento gradual que conduzca a la autonomía (Winnicott, 1960c). Atender en la escuela implica que el niño es capaz de descentrarse del narcisismo primario, volcar las investiduras hacia el deseo de aprehender el mundo, para lograr esto, dice Freud (1911), el principio

LOS SÍNTOMAS DEL TDAH, SÓLO LA PUNTA DEL ICEBERG

Eva María Esparza Meza

del placer debe dar paso al proceso secundario, el aparato psíquico debe representarse también lo displacentero.

b). Inmadurez de los padres – inmadurez del hijo

La pareja de Consuelo y José fue muy inestable desde el principio, pero los problemas se agudizaron hacia el final del segundo embarazo, cuando él pasaba más tiempo en casa de sus padres: *“él siempre se quería quedar en casa de su mamá y yo prefería estar con mis papás, me sentía más a gusto”*. Al nacimiento de Axel (hermano de Daniel), Consuelo dejó de trabajar para dedicarse a sus hijos (volvió a trabajar hace unos 6 meses) esperando recuperar su papel de madre; sin embargo, pronto se enteró de que José había sido infiel, con lo que dio inicio un período de muchos conflictos, con separaciones y regresos. La pareja se separó definitivamente cuando Daniel tenía 3 años, aunque previamente a la separación José convivía poco con los niños, una vez que se separaron solamente los ha visto en contadas ocasiones, a pesar de que vive muy cerca de ellos. Consuelo, con la voz entrecortada refiere sentirse culpable porque era muy dominante, pero la infidelidad le dolió mucho:

Cuando me enteré de que andaba con otra entré en mucha depresión, yo quería criar a mis hijos, pero no estaba bien emocionalmente, primero estuve muy triste, después duré como 3 años muy enojada, ahora ya no.

Al parecer, los padres de Daniel no se pudieron asumir ni como pareja ni en su función parental, Consuelo dice: *“pues sí, era como si jugáramos a la casita, no tomamos la responsabilidad como debía ser”*, al respecto, Dolto (1981) considera que el infantilismo de los padres es un gran riesgo para la autonomía del niño. Estos padres no se comprometieron con sus hijos, el padre renunció a su función para regresar al seno materno y se olvidó de su responsabilidad; por su parte, Consuelo pasó a representar una figura difusa entre madre, hermana y padre proveedor; dice entender que Daniel *“siga más a su abuela”*, pero:

LOS SÍNTOMAS DEL TDAH, SÓLO LA PUNTA DEL ICEBERG

Eva María Esparza Meza

Me siento desplazada en mi autoridad como madre... de repente si me daban celos [de que Daniel le llamara mamá a la abuela]...; cuando los demás le decían que yo era su mamá, Daniel decía: 'no, mi mamá es ella [señalando a la abuela]. Dejé de sentir celos cuando mi mamá me dijo: no te sientas mal, es que el oye que me dices mamá y lo repite".

Al parecer, la abuela promueve la ambigüedad del papel de Consuelo, ya que en ocasiones la descalifica frente a sus hijos: “*mi mamá defiende a Daniel y Axel cuando los castigo, por eso luego no me obedecen*”.

La situación se volvió más confusa porque a partir de la separación Consuelo y sus dos hijos comparten el mismo cuarto, amén de que los padres la siguen tratando como si fuera una menor de edad, la regañan frente a ellos por llegar tarde, por hablar por teléfono, por no ponerles atención en el momento en que ellos (los niños) se lo piden o porque debe ayudar más en las labores domésticas.

Para Daniel su papá es motivo de tristeza y desilusión, de ahí que lo nombre “*ex papá*”; sobre la separación comenta:

Éramos chiquitos, nos dejó porque estaba enamorado de otra mujer, me acuerdo que una vez íbamos en el carro y ellos estaban peleando, mi mamá Chelo se bajó, entonces mi papá José nos llevó con mis papás [abuelitos], luego se fue a buscar a mi mamá Chelo y a ella también la llevó a la casa y él se fue a su casa con su mamá y ya no regresó.

Daniel dice no sentir enojo por el padre, “*solo siento tristeza de que no se haya hecho cargo de nosotros*”. La especificidad de la investidura paterna difiere cualitativamente de la materna, pero la decepción causada por su falta de compromiso y de interés, lo impulsa a la búsqueda de otras figuras con quien identificarse y reemplazar al objeto parental (Green, 1993) Sin embargo, su alejamiento parece sumirlo en un complejo conflicto edípico.

El infantilismo de Daniel parecer ser un reflejo de la inmadurez de sus padres; el fracaso parental lo llevó a refugiarse en el vínculo protector con los abuelos, aunque no deja de haber confusión en las relaciones de parentesco, donde los abuelos son los padres, la madre es también hermana y el padre está ausente.

c). La conflictiva edípica y las identificaciones

Daniel ha vivido un Edipo complicado, a los 3 años su padre los abandonó y, como señalé antes, conoce el motivo de la separación. Por la narración de Consuelo, sabemos que José, si bien recibió con alegría el nacimiento de sus hijos, no se comprometió en su crianza, en lugar de estar con ellos se refugiaba en casa de sus padres. Si se considera la edad que el niño tenía en el momento de la ruptura, podría pensarse que sintiera cierta culpa derivada de deseos incestuosos; sin embargo, en la indagación no encuentro culpa, posiblemente porque el padre tampoco estaba demasiado antes del acontecimiento. Reconoce sentir tristeza, pero el padre no aparece durante el proceso, diría que lo ha sacado de su vida; así, no lo incluye en el test de la familia, ni en el HTP, como tampoco en las elaboraciones del juego.

En este sentido, Dolto (1981) menciona que cuando el padre está ausente, el niño corre el riesgo de caer preso de la posesividad de la abuela y la madre, lo que podría afectar la aceptación de su sexo; para evitar tal riesgo, el Edipo deberá elaborarse en relación a otros varones, un tercero masculino que avale su masculinidad, algo semejante a la función parental valorizante de Castoriadis-Aulagnier (1975). En el caso de Daniel, identifiqué la presencia de un doble Edipo: con la abuela y la madre-hermana, aunque es conveniente resaltar que la pulsión amorosa dirigida a la abuela tiene un carácter más bien predípico, ella es un objeto de amor tierno, cálido y protector, hacia quien muestra sus deseos posesivos, a decir de Consuelo, cuando Daniel era pequeño, *“se enojaba si mi mamá agarraba a Axel y ella no lo agarraba para no hacerlo enojar, si intentaba agarrarlo le pegaba”*.

LOS SÍNTOMAS DEL TDAH, SÓLO LA PUNTA DEL ICEBERG

Eva María Esparza Meza

Por otra parte, la madre-hermana es una figura odiada y amada, se le odia porque desempeña el papel de la prohibición: castiga y exige, en el test de la familia menciona que es a la que menos quiere *“porque es gritona y regaña”*; sin embargo, a la vez le proyecta sus celos ante la presencia de posibles rivales, comenta: *“cuando mi mamá Chelo llega del trabajo, se duerme y no nos hace caso, después se emboba y chatea horas y horas [sic]... si tuviera novio me enojaría mucho, lo correría, no quiero que tenga novio”*.

El tercero valorizante, garante de la virilidad, figura de identificación masculina, está representado tanto por el abuelo como por el tío que vive fuera del país. El primero funge como figura de autoridad, en el test de la familia lo ubica como *“el más enojón, nos grita..., es el más trabajador, él sabe hacer muchas cosas”*, se encuentra dentro de los que menos quiere porque grita y regaña, pero se identifica con él: *“quiero aprender a controlar mi enojo, cuando me molestan soy muy enojón”*; en un juego comenta: *“mi abuelo es el rey y cuando él se muera yo voy a ser el rey”*.

Al tío I (que vive en los Estados Unidos) lo conoce a través del discurso de la abuela y de video llamadas, Consuelo explica que la abuela *“siempre le platica de mi hermano; antes, para lograr que comiera, le decía que él comía bien; también la gente le decía que se parecía a su tío”*; con él mantiene una relación idealizada e identificatoria, aparece en el HTP asociado a la casa, al árbol y la persona:

Pienso en que es la casa de mi tío I en Estados Unidos..., [el árbol] sería mi tío porque es grandote...; yo y mi tío I nos parecemos en muchas cosas, nos gusta el mango a los dos, la sandía y el futbol...; [la persona] es mi tío I, tiene 32 años, me cae muy bien porque se ríe de los chistes aunque no tengan gracia, le gusta ver los partidos de futbol en la tele y a mí también, ya tango ganas de verlo, quiero conocer a mi primito de un año que es su hijo y es una ternura.

LOS SÍNTOMAS DEL TDAH, SÓLO LA PUNTA DEL ICEBERG

Eva María Esparza Meza

Daniel se debate entre las satisfacciones preedípicas y la renuncia, la mejor salida tanto en términos dinámicos como económicos y estructurales ha sido identificarse con las figuras masculinas de su abuelo representante del superyó y de su tío I, cuya representación más bien corresponde al ideal del yo, una identificación narcisista con “lo que uno querría ser” (Freud, 1914): un rey y el hijo ideal.

Es en esta aspiración narcisista donde se inserta la percepción de la abuela y la madre sobre la hiperactividad, porque en esta familia, el niño ideal es el que está quieto; su madre comenta que cuando era niña si le ordenaban sentarse, ella se “*podía quedar horas sentada*” [sic]. De este modo, un niño bien portado es el que puede permanecer sentado largos períodos, inmóvil, sin molestar. Pero esta exigencia implica una pérdida de autonomía y creatividad, seguir en la dependencia del deseo del otro.

d). Las experiencias escolares – emergencia de la inatención.

Antes planteé que la dependencia en la satisfacción infantil, pospuso el ingreso de Daniel al kínder hasta cerca de los 5 años; a decir de su madre, en esa época comenzó a manifestar su dificultad para atender. Cuando pasó a 1° de primaria, la maestra nuevamente lo reportó por distracción, jugar en clase y agresividad, fue atendido en un centro de salud, sin “*resultados favorables*” [sic]; ya cursando el 3°, de nuevo fue remitido por sus problemas para atender en clase y terminar las actividades escolares. A pesar de la dificultad señalada no ha reprobado ningún año escolar, aunque mantiene un rendimiento regular.

Daniel se considera a sí mismo inteligente pero no estudioso (test de la familia): “*a veces cuando llego a mi casa, no me quiero perder mi caricatura favorita, me paso de ver la tele y no le hago caso a mi mamá [abuela] de hacer la tarea*”; expresa que usualmente su abuelita le ayuda con las tareas escolares. Le gusta la escuela porque tiene muchos amigos: “*todos mis compañeros del salón y algunos de otros salones*”; en el descanso acostumbra “*platicar y jugar*”. Cuenta que en la escuela cuando no entiende algo “*me da pena preguntar*”, no le gusta la geografía ni la

LOS SÍNTOMAS DEL TDAH, SÓLO LA PUNTA DEL ICEBERG

Eva María Esparza Meza

historia “*son muy aburridas*” y reconoce que, como le dijera la maestra a su mamá: “siempre está en la luna”, al respecto él dice: “*sí, pongo mi mente en blanco,... no hay nada, sólo blanco*”; refiere que, en clase, con frecuencia no se puede concentrar: “*es que hay mucho ruido, los niños hacen ruido, gritan, el maestro los calla y ya con todo eso uno se distrae*”.

El tema del aburrimiento está presente en la mayoría de sus narraciones, las vacaciones “*me aburren porque no hago nada y luego no me dan permiso de ver la televisión en las mañanas, a veces también me aburre la televisión*”; se aburre en la escuela: “*no me gustan las materias, las más aburridas son historia y geografía, en el recreo no me aburre, solo en clase*”; cuando sale le aburre el transporte público. En casa se aburre porque no le gusta jugar solo:

Me gusta jugar con mi hermano, pero no solo, cuando juego solo me siento como abandonado... también nos gusta jugar con mi mamá [abuelita], jugamos dominó, serpientes y escaleras y bolos en el Xbox, pero jugar solo no me gusta, me aburre.

En la narrativa de Daniel podemos identificar dos elementos centrales: la dificultad para atender y el aburrimiento; respecto del primero, ya desde la época temprana de su obra, Freud (1893-95) explicó el proceso de atender, lo refiere como una función del yo mediante la cual se incorporan impresiones al pensamiento consciente; por medio de la atención el yo percibe la realidad objetiva, así que, está relacionada con el pensamiento y la investidura del mundo exterior. Según Janin (2006b), atender implica el descentramiento de sí mismo, la renuncia a un estado egocéntrico. En relación a esta cuestión, Freud (1933 [1932]) señaló que, en el curso del desarrollo, el niño gradualmente se distancia del objeto amoroso con la finalidad de obtener mayor autonomía. Tomando como fundamento estas premisas, considero que Daniel no ha podido dar ese paso hacia la autonomía, continúa centrado, dependiente de la satisfacción narcisista con el objeto primario nutriente y protector (objeto representado por la figura de la abuela), de tal forma que no experimenta satisfacción en investir al mundo. Su deseo de permanecer en

LOS SÍNTOMAS DEL TDAH, SÓLO LA PUNTA DEL ICEBERG

Eva María Esparza Meza

una postura egocéntrica genera una falla en la atención, ésta está volcada hacia sí mismo y su mundo fantasmático donde él continua siendo un “hermoso y tierno bebé”; la pulsión de saber es un desplazamiento de la pulsión de ver, que al abandonar la posición narcisista se torna activa, pero que en Daniel el placer continúa en ser visto en su calidad de bebé, sumido pasivamente en un narcisismo donde el mundo exterior no está investido con interés, lo único importante es el sentimiento de omnipotencia, engrandecido por la sensación de ser amado (Freud, 1914, 1915, 1917).

Sin embargo, hay esperanza en el caso de Daniel, al menos ha podido realizar cierta renuncia para libidinizar a otros objetos: su hermano y sus compañeros de escuela, hacia quienes dirige y al mismo tiempo recibe, inversiones libidinales; también se identifica con una figura masculina valorizante representada por el tío que radica fuera del país.

Sobre el aburrimiento, podemos decir que es la existencia carente de sentido, un desierto donde no florece el deseo, la incapacidad para disfrutar de estar consigo mismo; esta dificultad, dice Winnicott (1958) es indicador de inmadurez emocional. Daniel solamente puede jugar si alguien juega con él, si no es así le invade el aburrimiento que parece significar un sentimiento de abandono, angustia de separación que nos habla, en parte, de esa confusión del origen sobre una madre que dimitió, una abuela que es la madre y un padre que no se comprometió. Al mismo tiempo, nos remite de nuevo a la dependencia del objeto, donde no se ha logrado del todo la interiorización del mismo, ya que es en la ausencia que se representa al objeto, pero él necesita al objeto real.

Winnicott (1958) explica que la capacidad para estar solo requiere que previamente se haya tenido la experiencia de estar solo en presencia de la madre, solamente de este modo se adquiere la confianza de un ambiente seguro; no obstante, en la experiencia de Daniel se registra el exceso de la presencia del objeto, lo que no ha permitido que lo alucine en su ausencia, que exista aunque esté ausente. El aburrimiento, pues, es la demanda de que el objeto esté ahí, para

LOS SÍNTOMAS DEL TDAH, SÓLO LA PUNTA DEL ICEBERG

Eva María Esparza Meza

continuar satisfaciendo su posición infantil, pero que anula el empuje pulsional; en este sentido, el aburrimiento es un derivado de la pulsión de muerte, que deja inerte a Daniel, como viendo pasar la vida delante de él.

Por otra parte, el aburrimiento interfiere con la fantasía inconsciente y la creatividad (Winnicott, 1970), siendo ésta el sentimiento de existencia, de ella surge el ser persona. La creatividad presente a lo largo de la vida “pertenece a la experiencia infantil: la capacidad de crear el mundo” (s.p.), una falla en el psiquismo de Daniel que ha afectado su interés por el aprendizaje, pues él no ha tenido la experiencia total de crear el mundo, posiblemente porque llegó para ocupar el lugar de una pérdida.

Daniel es un caso donde predomina el déficit de atención, circunstancia coincidente con el punto de vista de Antshel, Macias y Barkley (2009), para quienes la distractibilidad es el componente principal del trastorno, ya que afirman que entre el 30 y 50% de los niños diagnosticados con TDAH, se encuentran en el grupo predominantemente inatento. Sin embargo, para estos autores, la distracción se debe a un defecto orgánico que afecta las funciones cognitivas; este caso, nos aporta una valiosa información sobre cómo los avatares de la atención están sujetos a influencias tanto externas como internas. La atención es una función del yo al servicio del binomio principio de realidad – proceso secundario, de esto se infiere que cuando el yo no está suficientemente fortalecido por las experiencias de vida, el niño no logra investir narcisísticamente esta función crucial en la percepción del mundo y del aprendizaje.

CASO ARIEL: “La sombra del odio”

A). Información general

A.1. Descripción

Niño de 8 años, remitido por el hospital, donde labora su abuela materna; en esta institución se le practicaron estudios psicológicos y psiquiátricos, emitiéndose el diagnóstico de TDAH, comorbilidad con trastorno de lenguaje, ansiedad y depresión moderada. Se le prescribió metilfenidato, posteriormente sustituido por atomoxetina, dado efectos secundarios de ansiedad, se regresó al metilfenidato; el medicamento se ha administrado durante un año, descansando fines de semana y vacaciones; así mismo, se le recetó sertralina para los síntomas asociados.

Ariel aparenta la edad que tiene, aunque al oírlo hablar da la impresión de ser más pequeño, ya que se observan dificultades en la pronunciación, especialmente de la “r”; es delgado, de tez morena y se muestra desinhibido. Cursa el 3° de primaria en escuela oficial de horario completo, con un promedio de 9.2. Es el mayor de 3 hijos, sus padres están separados, junto con su madre viven en la casa de los abuelos, desde antes de que naciera. Jazmín, su madre, tiene 27 años y es policía administrativo; su padre Diego, tiene 33 años y es repartidor. Su hermana menor Muriel, de 7 años, cursa el 2° de primaria; su hermano menor Yuri, es hijo de otro padre, tiene 3 años, asiste a un centro de desarrollo infantil del estado. María, la abuela materna, tiene 58 años, labora como personal administrativo del hospital; el abuelo, César es de la misma edad y trabaja esporádicamente.

Actualmente practica natación y fútbol, actividades que realiza los fines de semana y a las cuales es llevado por los abuelos.

A.2. Motivo de consulta

La abuela solicita atención en el servicio de psicología del hospital, debido a que “*el niño es muy inquieto*”, reporta problemas de conducta e inquietud tanto en la

LOS SÍNTOMAS DEL TDAH, SÓLO LA PUNTA DEL ICEBERG

Eva María Esparza Meza

escuela como en casa. Con frecuencia tiene sueños de angustia, no obedece, ni respeta los límites que se le imponen. Recientemente (de unos meses a la fecha) manifiesta oposicionismo y agresividad, especialmente hacia su hermana.

A.3. Reporte psicológico del hospital

En el hospital, Ariel fue evaluado tanto por el departamento de psicología como de paidopsiquiatría. El reporte psicológico indica dificultades sociales, afectivas y para comunicar emociones e ideas. Manifiesta una relación ambivalente con la figura materna, no respeta su autoridad, percibe a la madre poco protectora. Con el padre muestra una relación distante. Posee sentimientos de logro que lo hacen sentir valorado por los otros.

Se encontró desorganización para realizar tareas, no sigue reglas, ansiedad, distractibilidad y dificultades en la concentración. Así mismo, presenta “dislalia moderada y dislexia, pobreza de vocabulario y lenguaje expresivo; poca comprensión, análisis y síntesis”. El estudio concluye:

Presenta rasgos de agresividad, ansiedad generalizada, dificultad en el control de impulsos, busca satisfacer necesidades de forma inmediata, razón que le dificulta la posposición de gratificación, se muestra dependiente y demandante y cuando no recibe satisfacción reacciona con hostilidad. Aparece cierta discordancia entre su comportamiento y su edad cronológica, lo que sugiere inmadurez emocional, resaltando la susceptibilidad exagerada ante la crítica, temor al rechazo, aislamiento y poca tolerancia a la frustración.

El paidopsiquiatra confirma el diagnóstico de TDAH, comorbilidad con problemas de lenguaje. Se refiere que en la consulta inicial se mostró inquieto, se levantó constantemente y movía las piernas. En las consultas de seguimiento durante el año que ha estado medicado, se informa de mejoría en los síntomas y en calificaciones, pero continúa la inquietud y ansiedad, se incrementa la dosis de medicamento. Algunos meses después de haber comenzado la medicación, se

LOS SÍNTOMAS DEL TDAH, SÓLO LA PUNTA DEL ICEBERG

Eva María Esparza Meza

reportó la presencia de taquicardia, por lo que se le realizó un electrocardiograma, sin encontrarse datos de soplo.

En la última consulta, previo a que me fuera remitido, se señala que ha reaparecido la dificultad para atender y que si bien hay un mayor control de impulsos, ha mostrado comportamientos de tipo oposicionista y agresivo con miembros de la familia y hostilidad hacia la hermana, razón por la que se sustituye el medicamento por atomoxetina, pero que ante la presencia de efectos secundarios, se regresa nuevamente al metilfenidato.

A.4. Confirmación del diagnóstico

La información arrojada por los instrumentos aplicados, confirma el diagnóstico de TDAH tipo combinado, comorbilidad con el trastorno oposicionista desafiante. En la escuela persiste el componente hiperactividad-impulsividad como característica principal; en cuanto a su rendimiento académico, el maestro reporta dificultades en la lectura y expresión escrita; en clase, los puntos más conflictivos radican en el comportamiento y el seguimiento de instrucciones.

B). Sintomatología

El primer indicador sintomático en la vida de Ariel, se evidenció en la demora significativa del habla, ya que habló hasta los 3 años; el problema de lenguaje permanece en la actualidad, revelado tanto por su dificultad en la expresión escrita, como la articulación de algunos fonemas, especialmente la “r”.

Según María (abuela materna), las manifestaciones iniciales tienen que ver con el ingreso de Ariel a la guardería, a la edad de 1 año y medio: *“no se adaptó, lloraba y no quería ir”*; por esta razón, lo cambiaron a una guardería de mercado a los 2 años, donde permaneció hasta los 4 años, sin que se reportaran problemas.

Su madre considera al respecto: *“desde pequeño fue muy inquieto, yo creía que era torpe ya que se caía mucho, a los 4 años se fracturó una pierna por lo mismo”*.

LOS SÍNTOMAS DEL TDAH, SÓLO LA PUNTA DEL ICEBERG

Eva María Esparza Meza

Al parecer, cuando ingresó al preescolar, a los 5 años, manifestó problemas en la adaptación escolar:

Cuando asistía al kínder comenzaron las quejas de que hacía lo que quería, no se apegaba a las reglas, se levantaba de su lugar y se salía del salón, todos los días se escondía, un día no lo encontraban. Hacía lo contrario de lo que le pedían, mordía y agredía a otros niños, desde entonces es temerario y no mide el peligro; si salimos a un centro comercial se echa a correr de repente y se esconde.

Cuando ingresó a primaria continuaron los problemas en relación a la inquietud motora, pararse continuamente, salir del salón, perder los materiales necesarios para sus actividades escolares, no copiar tareas, dificultad para mantener la atención, ponerse los zapatos al revés, interrumpir a los demás. Así mismo, expresa que los problemas de comportamiento se extendieron a todas las áreas de su vida; además, se duerme tarde hasta la fecha. Jazmín explica que como la situación continuó en 2°, la maestra le comentó que presentaba TDAH, que si lo medicaba mejoraría mucho [sic]; así fue como recurrieron a los servicios del hospital, donde se le prescribió el medicamento.

Según la perspectiva de Jazmín, desde que toma el medicamento mejoró en calificaciones y se concentra más: “él es muy exigente consigo mismo, siempre quiere mejorar, es igual en natación quiere ser el primero”.

Como puede apreciarse, la sintomatología de Ariel nos permite confirmar el diagnóstico emitido por los profesionales del hospital; sin embargo, siguiendo el supuesto de este trabajo, es necesario considerar la temporalidad histórica; donde, de entrada, resalta la respuesta de angustia de separación cuando ingresó a la guardería y la demora en el lenguaje. La primera indica una reacción ante la separación en pleno establecimiento de una relación de objeto, una relación posiblemente matizada por un vínculo ansioso y ambivalente. Por su parte, el retraso en el lenguaje nos habla de una falla en la simbolización, en el pasaje de la

representación cosa a la representación palabra, donde lo existente alcanza la condición de pensable, prerequisite para lo decible; una falla en la estructuración que ha dificultado el acceso al proceso secundario y que ha trabado el desarrollo de Ariel, influyendo significativamente en la emergencia y evolución de su sintomatología (Castoriadis-Aulagnier, 1975). Este fracaso en la simbolización me permite plantear la existencia de condiciones precoces, que interfirieron en que Ariel no tenga una posición clara dentro de una organización familiar marcada por el caos, produciendo graves dificultades en el proceso de integración del self. Aspectos que desarrollaré en los siguientes apartados.

C). Análisis del caso

Ariel muestra fallas significativas en la estructuración psíquica que influyeron en la emergencia y evolución tanto de la sintomatología del TDAH, como de los síntomas asociados y que se remontan a sucesos que preceden su existencia; se observa el no deseo de hijo, un embarazo accidental donde se proyecta sobre el bebé la sombra hablada del odio materno hacia la madre (abuela). Su nacimiento significó sentimientos muy diversos entre felicidad e indiferencia que atañen tanto a la pareja como a las familias de origen, advirtiendo una temprana falla en el orden del narcisismo negativo. Durante la etapa de bebé, Ariel se halla dividido entre “una madre buena – una madre mala”, paradoja que escinde y lo deja con la huella del fracaso de la función materna; en esta etapa también encuentra la única y quizá más importante experiencia: el amamantamiento, fuente de placer al que se aferra; especialmente cuando más adelante en su vida, aparecerán la discontinuidad y la separación desobjetalizantes, generadoras de angustia de abandono y desamparo. La falta de un ambiente suficientemente bueno produce una demora significativa en el lenguaje, indicador de una falla en el proceso de simbolización que también afecta la atención y el aprendizaje.

Los síntomas del TDAH emergen dentro de un ambiente de ausencias y regresos teñidos por la violencia y el odio que tienden hacia la desinvestidura y constriñe el

LOS SÍNTOMAS DEL TDAH, SÓLO LA PUNTA DEL ICEBERG

Eva María Esparza Meza

devenir sujeto del niño. Ariel se debate entre la integración y la amenaza de desintegración al quedar escindido entre su madre y la abuela.

C.1. Experiencias antes del nacimiento – la sombra del odio.

Dado que Ariel ha sido criado por su madre y su abuela, en un contexto de serias desavenencias entre ellas, es necesario remontarnos a las condiciones prevalecientes antes de que él arribara al mundo, en una familia caracterizada por la desorganización y los antagonismos. Jazmín y Diego (padres de Ariel) se embarazaron cuando ella huyó de su casa a los 18 años, unos meses después regresó ya embarazada; quedándose ambos, a vivir en casa de los padres de ella.

María (abuela materna) narra una vida y una relación con su propia madre muy difícil, refiere: *“nunca he sido feliz, mi madre me rechazaba, me decía <ojalá te murieras>”,* desde pequeña la pusieron a trabajar en un mercado y no le permitían salir a ningún lado, también sufrió acoso en la escuela; se casó con su esposo porque *“se fijó en mí a pesar de ser gorda y fea”*; él es herrero *“nunca ha tenido un trabajo estable; es un bueno para nada, si un trabajo lo puede hacer en 3 días, él se tarda 3 meses”*; así que desde que se casaron, ella es la que ha sostenido económicamente la casa.

En torno a su relación con Jazmín, María relata:

Mi vida se centró alrededor de mi hija desde que nació, no quería que fuera a sufrir lo mismo que yo, pensé que seríamos muy unidas, casi como amigas. Cuando ingresó a la preparatoria cambió mucho, después se fue de la casa, me dijo que me odiaba; me dediqué a buscarla, pegué volantes por doquier, un día la encontré y me dijo que la dejara hacer su vida..., regresó unos meses después ya embarazada, me dijo que se iba a casar, que la ayudara. La alojé en mi casa junto con el novio.

María se involucró sentimentalmente con otra persona cuando sus hijos eran pequeños, *“fui más feliz que nunca, pero solamente duró 7 meses, era una*

LOS SÍNTOMAS DEL TDAH, SÓLO LA PUNTA DEL ICEBERG

Eva María Esparza Meza

relación que no tenía futuro”, Jazmín tenía 6 años y se dio cuenta de la infidelidad. A decir de María, esto influyó en el deterioro de la relación con su hija, porque siempre le ha reprochado que los dejara solos, “no los dejaba solos porque quisiera, tenía que trabajar”. María expresa sentirse muy culpable de la situación de sus hijos, cuando Jazmín cumplió 15 años los conflictos se agudizaron:

Me reprochó que los dejara solos y que por eso, cuando ella tenía 6 o 7 años, su hermano había abusado sexualmente de ella... La llevé al CAVI (Centro de atención a víctimas), pero sólo fue a la primera entrevista, no quiso volver, me pidió que corriera a su hermano y a su padre porque no quería hombres en la casa...; unos meses después me dijo que mejor volvieran; hablé con mi hijo, pero él niega que eso haya ocurrido, desde entonces vivo atormentada por la culpa.

Sobre estos acontecimientos, Jazmín explica: “siempre me he llevado mal con mi mamá y no fue porque me haya enterado de su infidelidad, sino porque nunca me protegió”. Recuerda que cuando María se iba a trabajar: “me dejaba al cuidado de un tío, él me pegaba por cualquier cosa, mi mamá no me creía y nunca le reclamó a mi tío”. Expresa: “me esforzaba por ser buena niña y buena estudiante pero a mi mamá nunca le daba gusto”; considera que tampoco la protegió del abuso sexual de su hermano, Jazmín tenía 7 años y su hermano 15, cuando éste abusó sexualmente de ella, situación que ocurrió durante más de un año: “me tenía amenazada, sentía mucho coraje”, narra:

Mi mamá siempre ha preferido a mi hermano, a lo mejor porque ella tiene eso de que las niñas no debemos nacer, así la trataron a ella, su mamá no la quería porque era mujer y ella hizo lo mismo conmigo; mi hermano me amenazaba si decía algo, yo lo agredía mucho, incluso una vez lo amenacé con un cuchillo, ¿cómo es que no se preguntaba por qué lo agredía así?

Según su versión, cuando le informó a su mamá (a los 15 años) y fueron al CAVI, les indicaron que debían levantar una denuncia, pero su mamá no quiso, “temía se

LOS SÍNTOMAS DEL TDAH, SÓLO LA PUNTA DEL ICEBERG

Eva María Esparza Meza

llevaran a su hijo a la cárcel"; dado que el hermano iba cada semana y María "se la pasaba llorando, lo mimaba y le hacía de comer lo que le gustaba", Jazmín permitió que volviera. Fue entonces que ella se fue de la casa:

Me puse muy rebelde, mi mamá me corrió, en ese tiempo andaba de novia de Diego y me fui a su casa; salí embarazada, yo pensé en no tenerlo, pero él si quería que lo tuviera, me dijo que si no lo quería se lo diera, por eso mejor nos casamos; pero desde el principio hubo mucho problemas entre nosotros, su familia me trataba muy mal y regresé a la casa. Después él dejó de trabajar, se le hizo más fácil que nos mantuvieran mis papás.

En relación a lo que siente por sus padres comenta:

Antes tenía mucho resentimiento [hacia María], ahora no siento ya nada por ella, me es indiferente, me da igual si está bien o no; a mi papá si lo quiero mucho, él es muy paciente, mi mamá es muy controladora, quiere que todos hagan lo que ella quiera, como es la que gana, se impone. Solamente espero que cuide a mis hijos, ya se lo dije, que no vaya a cometer el mismo error que hizo conmigo.

Acerca del embarazo Jazmín refiere que todo transcurrió normalmente "pero ya no recuerdo bien"; María por su parte, menciona que hacia el final del embarazo de Ariel, padeció preeclamsia y retuvo líquidos: "no tuvo los cuidados requeridos durante el embarazo y vivió situación de violencia con Diego".

La información presentada, me lleva a cuestionarme sobre el deseo de hijo en Jazmín; si bien en el discurso manifiesto reconoce que el embarazo de Ariel fue más bien un accidente y que pensó en abortar; en lo latente, pareciera que el embarazo representó un medio para regresar al cobijo de la madre, de quien anhela protección y donde al mismo tiempo prevalece un lazo teñido por el odio.

En esta familia las mujeres son víctimas y victimarios, en tanto que los hombres son figuras no valorizantes "buenos para nada", pero abusadores. Se trasmite de

una generación a otra que ser mujer es una desafortunada catástrofe, pero que a través de lo económico te puedes llegar a “imponer”. Son las mujeres las transmisoras de la desobjetalización, expresión ésta de la pulsión de muerte, caracterizada por la desinversión; no solamente son objetos (externos e internos) que decepcionan, sino que a través de la repetición se vuelven objetos-trauma (Green, 1983, 1993). Encuentro que en el origen de la historia de Ariel, se registra una profunda herida narcisista, el embarazo no es libidinizado con la preocupación maternal primaria; no es producto del amor entre la pareja, se reduce a un accidente sin soporte libidinal que de sentido a su existencia.

Desde antes de su nacimiento, Ariel soporta el peso de una “sombra hablada” negativizada: un discurso materno que lo precede y que implica la posibilidad de una ligazón compuesta por el odio; Castoriadis-Aulagnier (1975) considera que esta sombra representa un anhelo materno estructurante, pero cuando existe un ambiente familiar patógeno, este anhelo se carga del deseo de muerte. Las desviaciones en este aspecto generan fallas significativas en la estructuración, en este contexto, se proyecta sobre el producto en gestación “ese lugar que el portavoz había ocupado en una época pasada” (p. 212).

C.2. Experiencias alrededor del parto – nacimiento

a). El narcisismo negativo – falla en la estructuración psíquica

Hacia las últimas semanas del embarazo, Jazmín presentó preeclampsia, razón por la que el nacimiento de Ariel fue por cesárea, al parecer postérmino, se reporta sufrimiento fetal aunque no requirió de incubadora. A decir de María el nacimiento del niño fue recibido con “*mucha emoción pues, gusto*”, especialmente para ellos; menciona que esto no fue así para la familia del padre, que se mostraron indiferentes, incluyéndolo a él. Acerca de cómo lo acogió Jazmín, refiere: “*no lo recibió con emoción, yo creo que lo recibió como una carga, no era muy demostrativa de afecto, si lo quiere y lo quiso pero no ha sido muy demostrativa*”. En la única entrevista sostenida con la madre, no habla acerca de tema.

LOS SÍNTOMAS DEL TDAH, SÓLO LA PUNTA DEL ICEBERG

Eva María Esparza Meza

Podemos conjeturar que el final de la gestación y el parto fueron experiencias displacenteras para la madre de Ariel, de esta experiencia da cuenta la abuela, no la madre. De esta forma, su advenimiento es un acontecimiento marcado por la ambivalencia: placer para unos (abuelos maternos), indiferencia para otros (padre y familia paterna), carga – ausencia de enunciados para Jazmín.

Aulagnier (1986a) explica que todo niño nace en un ambiente relacional, donde “el antes” juega un papel muy importante en el devenir del sujeto, papel que previamente se le asignó dentro de la historia familiar; Ariel es identificado por su madre como el objeto para castigar a la abuela y al mismo tiempo, es un objeto de identificación “réplica de la madre”, su destino es que la abuela repare un daño que ocurrió mucho antes de su nacimiento. Así pues, los primeros enunciados de placer llegan de la abuela, no de la madre; su nacimiento no responde al deseo y placer de la pareja, sino al odio de Jazmín por su madre. De este modo, desde los primeros encuentros se registra una falla en el orden del narcisismo negativo, en el encuentro entre su cuerpo y la psique materna predomina la investidura negativa, representación de rechazo, el odio, la nada, que dejará una falla en su incipiente estructura psíquica que afectará la libidinización del cuerpo y que se relaciona estrechamente con la inquietud motora y su dificultad para controlar sus impulsos agresivos (Castoriadis-Aulagnier, 1975; Green, 1993).

C.3. Experiencias posteriores al nacimiento

a). Madre “mala”- madre “buena”: el fracaso de la función materna – origen de la inquietud (hiperactividad)

María da cuenta de cómo fueron las primeras interacciones con el niño; al principio, ellos apoyaban a Jazmín en su cuidado, hasta que con el tiempo se volvieron los principales cuidadores:

Jazmín era muy fría con el niño, no era ni paciente ni cariñosa, él era muy llorón, dormía de día y de noche lloraba; ella se desesperaba mucho y se enojaba porque el niño lloraba; entonces me pedía ayuda, yo lo cargaba

LOS SÍNTOMAS DEL TDAH, SÓLO LA PUNTA DEL ICEBERG

Eva María Esparza Meza

con el rebozo y lo sacaba a pasear, ya más grandecito, cuando veía el rebozo se emocionaba porque sabía que lo iba a sacar.

Mi esposo y yo lo atendimos desde chiquito, Jazmín lo cuidaba entre semana y nosotros los fines de semana, aunque el cuidado de ella no era bueno. Yo le daba consejos sobre cómo hiciera su comida, pero ella prefería darle gerber.

Jazmín no habló del tema, únicamente mencionó que Ariel “*es muy apegado a mí desde chiquito, me cuida y protege*”.

De la breve narración sobre las experiencias tempranas en la vida de Ariel, resalta el contraste entre el modo de cuidado de la madre y el de la abuela; ésta desestima a la primera en su desempeño como madre; de esta forma, podemos constatar cómo en la crianza de Ariel se refleja el tipo de ligazón entre la abuela y la madre. María deja entrever que ella funge como “la madre buena”, en tanto que Jazmín es “una madre mala”; así, mientras que María repara su culpa, Jazmín representa la repetición del fracaso en la función materna: la madre rechazante y poco protectora.

Dentro de este contexto, quisiera referirme a la clase de experiencias y sus respectivas vivencias, presentes en Ariel en los primeros meses de nacido; destaca en el discurso de la abuela, que era un niño “llorón” y que su madre no le tenía paciencia, ni cariño. Sobre este aspecto, Freud (1911, 1940 [1938]) planteó que el lactante expresa la falta de satisfacción mediante descargas motrices de llanto y pataleo, debido a su desvalimiento, el niño pequeño no tiene la capacidad suficiente para regular la excitación; de la amenaza que ésta produce, el niño es protegido por el cuidado amoroso de la madre. En el caso de Ariel, este cuidado protector no llegó del lado de la madre, su llanto y agitación le hablan a la madre de un cuerpo que no entra en calma, en respuesta, la comunicación materna contiene desesperación y enojo, todo ello arroja una escena de mutuo displacer; este afecto, presente en el encuentro entre el cuerpo del bebé y la psique

materna, tiene un efecto desobjetalizante o de desligazón. La abuela entra en escena para calmar la inquietud, propiciando el efecto contrario, es decir el de ligazón (Castoriadis-Aulagnier, 1975). De esta forma, surgen 3 tipos de relación: entre el bebé y la madre media la deslibidinización; entre la abuela y el niño la ligazón; entre la madre y la abuela el odio.

Dado que en esencia, sería la madre quien se encargara de contener la agitación del niño, mediante lo que Janin (2006) llama la función de paraexcitación, que en Winnicott (1960a) corresponde a la de “yo auxiliar”, sostén promotor de la integración; y que, Castoriadis-Aulagnier (1975) denomina función de prótesis materna en cuanto extensión dispensadora de placer; observamos aquí, un fracaso de esta función materna que, a mi ver, tiene que ver con el origen de la inquietud, es decir, de la imposibilidad de Ariel para regular el movimiento y la descarga pulsional, derivada de la insuficiencia libidinal del cuerpo. Jazmín no representa un yo auxiliar para Ariel, los papeles se invirtieron, siendo él quien juega el papel de prótesis en la fragilidad materna, cómo si desde muy pequeño ocupara el lugar de la pareja, presentándose una triangulación precoz.

b). Amamantamiento – búsqueda del placer – escisión del self

Según la narración de María, Ariel fue amamantado hasta aproximadamente los 8 meses, después se le alimentó con biberón hasta alrededor del año y medio. Dentro del contexto del displacer tratado en el punto anterior, algo del orden libidinal emerge: al menos Jazmín amamantó a Ariel; de hecho, no podemos decir que no lo atendiera, pero pareciera que el cuidado del niño no significaba una actividad gratificante para Jazmín, y qué decir del padre, una figura ausente. Pero volviendo al amamantamiento, es necesario recordar que al principio, el amor procede de la satisfacción del hambre, el bebé tiene la sensación de que el pecho forma parte de su propio cuerpo; mediante el amamantamiento, el pecho incorporado se convierte en el primer objeto de la pulsión sexual, de esta forma, la madre (Jazmín) es la primer seductora del niño (Freud, 1940 [1938]).

LOS SÍNTOMAS DEL TDAH, SÓLO LA PUNTA DEL ICEBERG

Eva María Esparza Meza

Ariel formó un fuerte vínculo con su madre a partir de la satisfacción vivenciada con el amamantamiento, aunque da la impresión de haber sido una lactancia fría, sin acompañarse de miradas ni palabras; el placer encontrado se derivó del contacto del cuerpo del niño con el seno materno, de este modo, observamos una triple relación objetal: con la madre mala que produce displacer y es odiada; con la madre seductora generadora de placer y amor; una más con la abuela-madre amada porque ofrece protección, figuras que internamente no logran integrarse del todo y que también reflejan sus dificultades para integrarse como persona.

En este sentido, sugiero que Ariel establece relaciones objetales según la forma narcisista de apuntalamiento, con los atributos nutricio y protector (Freud, 1914); casi desde el principio (2° encuentro) me solicita que lo alimente:

Me podrías dar un vaso de agua, como venimos en el metro hace mucho calor y me dio sed..., también tengo hambre, desde que comí en la escuela no he comido otra cosa y mi pancita me ruge..., me puedes prestar una cuchara, me gusta comer el plátano con cuchara.

Las necesidades orales y demandantes aparecen en la siguiente sesión:

Hoy no tengo sed, pero tengo hambre, dame algo [le ofrezco un plátano]; hoy no quiero plátano, quiero una naranja..., pártela por la mitad y yo la chupo y me como los gajos.

Posteriormente surge un comportamiento seductor mostrándome lo fuerte que es: “ves, si soy muy fuerte”; manifiesta su habilidad para patear la pelota: “pateo fuerte, pero soy mejor de portero”. También afloran sus deseos de que lo proteja: “te extraño cuando no vengo..., me gusta venir, ojalá venga muchos años..., yo quiero seguir viniendo siempre”.

Se observa en Ariel esa adherencia a una época de mayor gratificación, donde el acto de incorporación es correlato de un pictograma de placer (Castoriadis-Aulagnier, 1975), de ahí que se busque permanentemente el retorno de esa

LOS SÍNTOMAS DEL TDAH, SÓLO LA PUNTA DEL ICEBERG

Eva María Esparza Meza

satisfacción, aunque para lograrlo recurra a la satisfacción sustitutiva prodigada por el surgimiento de los síntomas (Freud, 1917) y que se relaciona con la dificultad para transitar hacia el proceso secundario, especialmente en lo que se refiere a la no demora de satisfacción y la poca tolerancia a la frustración, aspectos inherentes al trastorno que nos ocupa.

c). Pérdidas y discontinuidad – presagios de la sintomatología del TDAH

Jazmín dejó de amamantar a Ariel alrededor de los 8 meses ya que, a los 5 meses, volvió a quedar embarazada: “*falló el dispositivo*”; entonces sus padres cuidaron de ella y del bebé. El pecho fue sustituido por biberón hasta el año y medio; edad que quedó marcada por el destete, nacimiento de su hermana e ingreso a la guardería, María refiere “*no se adaptó, lloraba y no quería ir*”.

Poco después, Jazmín se incorporó (internada) a la Academia de Policía y dado que la abuela trabaja, a los 2 años lo cambiaron a otra guardería, a donde asistía de las 8 a 16 horas. Para entonces, Diego (su padre), que a decir de María: “*nunca se ha hecho cargo de sus hijos*”, se fue a casa de sus padres. En relación a la estancia en la academia, la abuela comenta:

Al principio íbamos a verla a la academia los miércoles y ella iba a casa los fines de semana, después dijo que ya no se podían recibir visitas los miércoles y al paso del tiempo también dejó de ir los fines de semana. Pero era mentira, lo que sucedió es que se había involucrado con otro hombre.

Estos acontecimientos me permiten plantear que esta época (entre los 8 meses y los 2 años) significó el derrumbe en la vida anímica de Ariel; si bien desde el comienzo se vio en medio de las desavenencias entre la madre y la abuela, había logrado vivenciar momentos importantes de placer y formar relaciones de objeto con ambas figuras, sin embargo, estando en plena consolidación de estas relaciones, consecutivamente pierde el placer del contacto con el pecho materno, nace su hermana, ingresa a la guardería, su madre se ausenta y el padre también. Su único refugio seguirá siendo la figura protectora encarnada por los abuelos,

LOS SÍNTOMAS DEL TDAH, SÓLO LA PUNTA DEL ICEBERG

Eva María Esparza Meza

especialmente María. Estas pérdidas continuas, enmarcan a Ariel dentro de un contexto de narcisismo negativo, que apunta a “lo que ha sido y no es más” (Green, 1993, p. 35), a lo que tuvo pero perdió. Y es que el niño se prendió al placer seductor del pecho materno, Green escribe respecto del apego al objeto primario: “la estrecha proximidad con el cuerpo materno y la afición al placer que dispensa son, en todo sentido, incomparables” (p. 96).

La significatividad de estas pérdidas radica en su carácter desobjetalizante, desencadenando en Ariel la vivencia de una terrible angustia de desamparo, amenaza de desintegración; en una ocasión me comenta que él ya no va con la psicóloga del hospital y *“tampoco voy con la doctora que me dio la medicina, tengo miedo que tú también ya no quieras que venga, ¿si me vas a abandonar?”* Desde su nacimiento, Ariel se vio afectado por una deficiencia en la función de sostén, insuficiencia que hasta cierto punto fue atenuada por el cuidado de la abuela; empero, llega un momento donde lo que tenía sufre una estrepitosa caída, de este modo, se registra un quebranto en la continuidad de la relación, dejando una huella de lo que se perdió, angustia asociada al sentimiento de no haber sido sostenido con seguridad, que se manifiesta en el menoscabo de la confianza en los otros, en la inquietud e impulsividad; así, desde muy pequeño se advierten los presagios de la sintomatología relacionada con el TDAH (Winnicott, 1952, 1965b).

d). Problemas de lenguaje – falla en la simbolización

Los reportes psicológico y del paidopsiquiatra del hospital, así como de la escuela, señalan que Ariel padece, además del TDAH, problemas en el lenguaje que se manifiestan en dislalia, pobreza de comunicación, vocabulario y expresión escrita. Su abuela informa: *“habló hasta los 3 años”*, en la actualidad es notorio su problema para pronunciar la r; la pobreza en la expresión escrita y cierta dislexia, aparecen cuando aplico el test HTP y le pido que escriba su nombre, la fecha y una historia; observo es que su letra no corresponde a un niño que cursa el 3^{er} grado de primaria, sino más bien a uno de 1^o; la historia muestra su limitación en esta área (su escritura es en letra manuscrita):

LOS SÍNTOMAS DEL TDAH, SÓLO LA PUNTA DEL ICEBERG

Eva María Esparza Meza

Abia una ves un Arbol que asia magia pero nadien sabia que era un arbol de magia pero un dia una familia se quedo a vivir ai iso suca baña i abia un niño muy vesatosso que llamaba sergio i un dia sesento abajo del arbol y como abia mucho calor dijo o gala tuviera agua fría para tomar i repen se la dio pero el niño no sedio cuenta y luego dijo su padre vamos acor ese arbol y lla lo cortaron [sic].

El problema de lenguaje es un indicador importante no sólo del desarrollo, sino también de la situación emocional del niño, que en este caso, concierne a los acontecimientos narrados previamente, especialmente si consideramos que el niño nace en un “espacio hablante” (Castoriadis-Aulagnier, 1975) donde, el lenguaje, se desarrolla a partir de la escucha del mismo en un ambiente “suficientemente bueno”; Freud (1915) escribió que el lenguaje es una función simbólica enlazada a las imágenes sonoras; aparece cuando, gracias a la representación palabra, el pensamiento se vuelve perceptible, con lo cual, el lenguaje hace posible la exteriorización del pensamiento (Green, 1993).

En este sentido, Castoriadis-Aulagnier (1975) plantea que desde el comienzo de la vida, la madre representa un “Yo hablante” cuyo discurso es dirigido a un bebé que aún no tiene la capacidad para significar sus enunciados; así, lo que oye será metabolizado bajo la organización pictográfica de placer o displacer. La autora sugiere que el placer de oír antecede al “deseo de aprehender lo que enuncia la voz: este deseo de aprehender implica la actividad de lo primario-secundario (p. 94)”. No poseo suficiente información, pero, a partir del dicho de la abuela de que Jazmín: “no era muy demostrativa de afecto, era fría con el niño”, infiero que el cuidado, incluyendo el amamantamiento, no se acompañaba de palabras amorosas, lo intolerable del silencio radica en que éste equivale a la palabra destructiva; así, cabe suponer una perturbación en la investidura inicial del lenguaje, donde el placer de oír quedó atrofiado, lo que nos lleva de nuevo a la herida narcisista de la desinvestidura que obstaculiza la transición hacia el proceso secundario, prototipo de la función idéica.

LOS SÍNTOMAS DEL TDAH, SÓLO LA PUNTA DEL ICEBERG

Eva María Esparza Meza

e). El ambiente de odio – desobjetalización – síntomas del TDAH

Antes expuse que, cuando Jazmín ingresó a la Academia de Policía, gradualmente se alejó hasta el punto en que los niños (Ariel y Muriel), casi no veían ni a ella ni al padre. Cuando egresó de la academia, ambos regresaron a casa de los abuelos, pero pronto se evidenció el embarazo de Jazmín, María expone:

Ellos comenzaron a tener muchos problemas, Diego la llegó a agredir físicamente porque él no es el padre del niño, yo tampoco sé quién lo sea; finalmente ellos se separaron, entonces Jazmín se iba los fines de semana, pero pocas veces se llevaba a los niños con ella.

Yo creo que toda esta situación afectó mucho a Ariel, porque él vivió los pleitos y agresiones entre sus padres. Además su papá siempre decía que los niños eran tontos y no sabían hacer nada.

Al respecto, Jazmín explica que estando en la academia:

Conocí a otra persona, no sé cómo volví a quedar embarazada, porque usaba dispositivo, por eso ahora ya me operé, esta persona no se comprometió y la relación se terminó. Le dije a Diego que ya no lo quería, por eso nos separamos.

Estos acontecimientos ocurrieron cuando Ariel tenía cerca de los 4 años, época en que pasó de la guardería al preescolar, donde comenzaron a manifestarse los síntomas en relación a su inquietud, no obedecer indicaciones, esconderse, salir sin consentimiento de la maestra, brincar constantemente y no medir el peligro, entre otros. De alguna forma, el regreso de sus padres a la casa, representó un elemento irruptor, desconfigurando la precaria estabilidad de la familia que habían conformado los abuelos, Ariel y su hermana, e introduciendo una importante confusión en el niño donde se juegan las lealtades y los vínculos destructivos.

LOS SÍNTOMAS DEL TDAH, SÓLO LA PUNTA DEL ICEBERG

Eva María Esparza Meza

Esta situación se observa en el test de la familia imaginaria, donde plasma su ideal de familia: un padre, la madre y un hijo, cuando termina la primera figura pregunta: *“¿y si dibujo un huérfano?”*, le contesto que como él decida, finalmente realiza toda la familia, pero considero esta pregunta como signo de su desamparo; en el dibujo destaca que la cara de la madre está vacía (sin rasgos), mientras explica quiénes son se percata de ello y los dibuja. Sobre el niño, primero dice: *“es un bebé”*, después agrega: *“no, más bien un niño de 5 años”* (identificación con el hermano menor, cuando Ariel tenía 5 años, era un bebé). Los 3 integrantes tienen una pistola en la mano: *“se están preparando para la guerra, va a haber un concurso de familias que se van a pelear”*. En la encuesta, se asigna a si mismo los atributos positivos de *“el más feliz soy yo, tiene una sonrisa porque mató a todos”*; más inteligente, *“los papás no estudiaron y el niño sí”*; más estudioso, *“estudio para ser el mejor”*; más guapo: *“yo, me cortaron mejor el cabello”*; trabajador, responsable: *“tiendo mi cama, acomodo mis cosas, hago mi tarea, me duermo temprano y no me han dado citatorios y siempre ayudo a lavar los platos”*; platicador: *“siempre platico, también en el salón, pero me regañan”*; más bueno: *“cuando tengo miedo los enfrento y le ayudé a pasar la calle a una anciana”*.

En cuanto a atributos negativos refiere no ser cariñoso *“porque le pegan y luego él pega a otros y lo llevan a la dirección”*; no es simpático, es desobediente y agresivo: *“siempre se mete en líos porque amenaza, un día le encajé un lápiz a un niño, hace mucho tiempo, fue un accidente, pero fue mi culpa”*; mentiroso: *“miente cuando dice mamá me siento mal”*; no es alegre: *“porque siempre lo regañan”*.

Identifica a la madre con las características de más triste *“porque está toda fea y gorda”*; menos estudiosa, fea *“tiene barritos”*, floja: *“si le pides ayuda no te ayuda”*, alegre, sucia: *“siempre deja todo tirado y no lo levanta”*. Señala que la mamá *“tiene un bebé en la barriguita”*. Al final agrega: *“no me agrada que mi mamá llegue tarde, casi no la veo”*.

LOS SÍNTOMAS DEL TDAH, SÓLO LA PUNTA DEL ICEBERG

Eva María Esparza Meza

Las particularidades del bebé (que la madre trae en la “barriguita”) son: cariñoso, simpático, tranquilo, querido, obediente, miedoso “*le da miedo salir porque no conoce el mundo, así como ahorita*”.

Los atributos del padre son: menos feliz “*porque lo mataron, está en el cielo y no ganó el trofeo*”; no es inteligente “*está loco, mató a un niño, pensaba que podía matar a todos*”; más enojón “*llega y pide cosas y no pide por favor*”; no es responsable “*no hace nada, va su trabajo, se acuesta, ve la tele, no tiende su cama, no ayuda al niño*”; malo “*cuando le pides un favor no lo hace*”.

Ariel nos deja ver la escisión y el estado de sus relaciones con los objetos internos, respecto de sí mismo muestra el niño que es visto por los demás: agresivo, mentiroso, desobediente, poco cariñoso y no es alegre. Su otra parte está formada por el ideal, con todos los adjetivos buenos, lo que le gustaría ser, ahí se encuentran sus anhelos. Otra parte corresponde al deseo de volver al nido uterino, regreso al nirvana de donde no debió salir, ahí estaba exento de la tensión derivada de la excitación, bajo el reinado del placer (Green, 1983).

El padre es el representante del mal, proyecta en esta figura sus deseos parricidas, pero al mismo tiempo se identifica con él en la posesión de rasgos negativos como la agresividad. Hacia la figura materna expresa la ambivalencia amor-odio, deseo de reencontrar un objeto de amor perdido y el odio porque ella no responde a lo que se espera del objeto.

En general se evidencia la preminencia de los vínculos destructivos que conducen a la desobjetalización, manifestación de la pulsión de muerte que ronda por su vida. Este escenario se revela con mayor intensidad cuando le solicito dibuje su familia real, surgiendo una intensa reticencia:

No quiero, no se dibujar..., no se dibujar a mi abuela, me sale mal su dibujo; ni a mi abuelo, no me sale su cara; a mi mamá no porque nunca la veo, sólo domingo y sábado...; nada más voy a dibujarme a mí.

LOS SÍNTOMAS DEL TDAH, SÓLO LA PUNTA DEL ICEBERG

Eva María Esparza Meza

Finalmente ejecuta un dibujo de él en primer plano y su hermano menor atrás:

A mi hermana no la dibujé porque no la quiero, cuando yo estoy en paz va y me molesta y me hace enojar, me saca de mi hoyo, bueno la quiero medio; a Yuri lo dibujé porque me quiere mucho y yo también lo quiero, a veces me molesta, me pega pero poquito y a veces me pateo.

A mi abuelo si lo quiero, a mi abuela la quiero más, porque cuando tengo un problema ella me ayuda. A mi abuelo lo quiero porque me deja ver la tele, también los quiero porque me ayudan con mis tareas y a que esté mejor.

A mi mamá la quiero medio; no, la quiero más, porque ella me cuidó de niño, me lleva a todas partes, me compra cosas. A mi papá medio, cuando estaba chiquito me acuerdo que le pegó a mi mamá y la estaba sacando de la casa, no lo quiero [al parecer es el primer recuerdo].

Jazmín narra que cuando ocurrió este evento, Ariel lloró mucho y que lo mismo pasó unos días antes, cuando discutió con Diego en presencia de los niños y éste la golpeó dejándole un gran moretón en un brazo “*Ariel se enojó mucho, por eso dice que ya no quiere ver nunca a su papá*”.

Ariel se abstiene de mencionar la palabra odio, sentimiento al que alude cuando refiere que no quiere a alguien o medio quiere; considero que este aspecto refleja una acción superyoica de censura moral (Freud, 1923), influencia del amor de los abuelos; pero Ariel se debate entre el odio, el deber ser y el amor en un medio caótico donde el afecto predominante es el odio. La emergencia de los síntomas es una respuesta defensiva al embate de un ambiente “suficientemente malo”, que quebrantó la continuidad del “seguir siendo”.

f). El odio entre la madre y la abuela – amenaza al self

Luego de la turbulenta época en torno al nacimiento del hermano menor y la separación de los padres, Jazmín empezó a trabajar, María comenta que desde entonces “*todo el día está fuera de casa*”; de este modo, los abuelos se encargan

LOS SÍNTOMAS DEL TDAH, SÓLO LA PUNTA DEL ICEBERG

Eva María Esparza Meza

de la crianza de los niños: “los llevamos y recogemos de la escuela, les damos de comer, les ayudamos en sus tareas y los llevamos a la natación”; con molestia María refiere el abandono de Jazmín:

Jazmín se iba por temporadas, duraba varios meses sin verlos, pensamos en quitarle a los niños legalmente, pero esas idas nunca han durado más de 6 meses, así que no pudimos. Ahora lo que nos preocupa es la situación de los niños, Jazmín es muy irresponsable, no es ni para hacerles una sopa y Diego se ha olvidado de ellos, nosotros ya estamos enfermos y viejos; ella piensa que con los 500 pesos que nos da es suficiente para cubrir todas sus necesidades.

Para María la situación actual es insostenible:

A veces se los lleva los fines de semana, no me avisa nada y cuando regresan están muy cambiados, para mi es desgastante...; si me molesta que se los lleve sin avisarme, es que desconfió de ella, no sé si se vaya con alguien y los deje solos.

María comenta que lo más preocupante es que Ariel, al ser más grande ya se percata de la situación entre ella y su madre:

Jazmín con frecuencia llega en la madrugada y en ocasiones ni llega, Ariel se da cuenta que no llega y se pone triste. Cuando está en casa solamente se la pasa en el Facebook, en lugar de atender a los niños. Además, me molesta que les grita mucho y les habla con puras groserías, hasta quiere que sean ellos quienes hagan el aseo mientras ella está en su laptop; yo le reclamo y comenzamos a pelear, pero sólo logro que me odie más.

A María le inquieta que Jazmín intente llevarse definitivamente a los niños, aduciendo su irresponsabilidad, aunque por la culpa que siente respecto de haber descuidado a sus propios hijos, se ha visto obligada a cuidarlos:

LOS SÍNTOMAS DEL TDAH, SÓLO LA PUNTA DEL ICEBERG

Eva María Esparza Meza

No soportaría que Jazmín se los llevara, nos preocupan mucho porque los queremos como si fueran nuestros propios hijos, pero ella los tiene muy abandonados, no les sirve ni siquiera un vaso de leche, no sabe si están enfermos o no, si van bien o mal en la escuela.

Recordemos que Jazmín considera que María tiene el deber de reparar en los nietos el daño que le causó a ella: “espero que a ellos si los cuide, ya se lo dije, que no vaya a cometer el mismo error que hizo conmigo”. Con relación a que se los lleva los fines de semana menciona:

Mi mamá se enoja porque me los llevo, pero yo también quiero estar con ellos, si nos quedamos en casa y vemos una película comiendo palomitas, de inmediato se molesta y dice que en lugar de estar acostados viendo películas, debiera ponerlos a estudiar.

Explica: “me gustaría irme a vivir sola con mis hijos, pero eso no puede ser, ni tengo dinero ni puedo hacerme cargo de ellos yo sola”.

Desde su nacimiento, Ariel ha estado inmerso en una relación de odio entre las personas a las que él ama, esta situación ha comprometido seriamente la integración de su self, ya que como señala Castoriadis-Aulagnier (1975): “la presencia originaria de Tánatos es más escandalosa para el Yo que la de Eros: lo ya presente del odio es más perturbador que lo siempre presente del amor” (p. 41). Ariel ama a las dos (madre y abuela), ellas por su parte parecen querer apropiarse de él, pero lo que logran es despedazarlo, al instituirlo como el instrumento mediante el cual se juega el poder y el odio. En este sentido, la relación de odio entre la madre y la abuela se constituyó en un objeto trauma para Ariel, implicando una desinvestidura productora de angustia narcisista que amenaza la estructuración psíquica (Green, 1983).

g). Seducción – angustia desbordante - desorganización

Dentro de esta destructiva lucha, se observa que Ariel ama a la abuela que ha estado ahí para calmar su agitación, protegerlo y apoyarlo; hacia su madre, manifiesta una intensa ambivalencia: la odia y la ama, odia su ausencia, su irresponsabilidad; ama su cuerpo seductor, remanente del placer de la cercanía de su cuerpo experimentado en la infancia, placer que en la actualidad también se vuelve amenazante por el exceso de excitación. María narra que Jazmín regularmente llega muy tarde, *“en la madrugada”*, Ariel *“la espera porque duerme con ella, pero cuando tiene miedo se va a la cama con nosotros”*. Con frecuencia tiene sueños de angustia, Ariel comenta: *“cuando tengo miedo me voy a dormir con mis abuelos, porque sueño feo, sueño con zombis, son muertos vivientes”*.

Ariel y su madre duermen en una colchoneta individual y ella acostumbra usar poca ropa; pareciera pues, que constantemente se haya excitado por la cercanía del cuerpo materno, este aspecto se manifiesta en el test de persona bajo la lluvia, donde dibuja a su madre tomando un baño de tina bajo la regadera: *“es mi mamá, se está bañando, no tiene ropa, el agua le está cayendo en la cara y en el cuerpo, hay una cortina adelante, es transparente, estas son sus chanclitas”*; refiere que a veces la ha visto bañarse.

Así mismo, en su relación conmigo proyecta desde el principio, la relación con sus dos madres procurando agradarme, establece una relación con el pecho nutriente y a la vez protector; pero también me seduce constantemente, trata de abrazarme y me dice: *“te extrañé..., me gusta venir..., te quiero enseñar [a jugar fútbol]...* En algunas sesiones propone un juego de *“atrapadas”*, yo debo alcanzarlo y aprisionarlo entre mis brazos: *“eres una bruja que quiere atraparme para convertirme en sapo, pero cuando me atrapes yo logro escaparme”*, él evita que lo alcance tratando de pegarme con cojines, es un juego que disfruta mucho hasta que, del intento de pegar pasa al acto de golpearme; después de recordarle varias veces la regla, él insiste en pegarme especialmente en la cara, detengo el juego, lo que desata en Ariel una intensa crisis de angustia, se tira al suelo y por

LOS SÍNTOMAS DEL TDAH, SÓLO LA PUNTA DEL ICEBERG

Eva María Esparza Meza

aproximadamente 40 minutos repite compulsivamente una letanía: “*atrapadas en la cara o futbol*”, trato de indagar infructuosamente sobre su significado, pero él, con su mirada fija en el techo no me escucha, su desorganización me deja perpleja. Pienso que en el juego me asigna la función de aprisionarlo entre mis brazos, embrujarlo, términos que coloquialmente significan cautivar, subyugar, propios de la seducción amorosa; este juego, imbuido simultáneamente de agresión y seducción, perdió la posibilidad de ser elaborativo, quedó destruido, convertido en mera descarga; en este sentido, Winnicott (1971) planteó que, cuando la excitación física invade el juego, éste se arruina y es que la excitación amenaza tanto al juego como la existencia del niño en tanto persona.

De hecho, la integración del self de Ariel ha estado en constante peligro debido al exceso de excitación sexual que se le ha impuesto desde fuera; aunque revisando su historia, vemos que la ligazón con su madre solamente ha sido posible mediante la vía erógena, el placer del contacto con su cuerpo. Por otra parte, algo pasa en relación a la cara, intenta golpearme con el cojín en la cara, no dibujó las facciones de la cara de la madre en el test de la familia imaginaria, no dibujó al abuelo porque no sabe dibujar su cara; esta circunstancia me permite inferir que siendo bebé, no tuvo la experiencia de encontrarse en la cara de Jazmín (Winnicott, 1967c), ella es únicamente un cuerpo que excita, pero no protege; de esta forma, se vuelve a repetir lo que tanto temía: la desprotección.

Desde pequeño Ariel fue testigo de la agresión del padre hacia la madre (al parecer, también ha presenciado la actividad sexual de la madre), así, lo sexual adquirió un significado sádico, donde la sexualidad quedó vinculada a la agresión (Freud, 1905). Por otra parte, cuando el padre se marchó, Ariel pasó a ocupar el papel de compañero de cama de la madre, quedando a merced de un exceso de excitación sexual intramitable, revelada en los sueños de angustia que interrumpen su dormir; angustia que solamente es calmada por la abuela, como en sus tiempos tempranos de agitación.

LOS SÍNTOMAS DEL TDAH, SÓLO LA PUNTA DEL ICEBERG

Eva María Esparza Meza

Es interesante observar que en esta familia hay una falla en la instauración de la prohibición del incesto, de ahí que Ariel aún permanezca atrapado en el hechizo edípico: pacto perverso que ha dificultado el establecimiento del proceso secundario y por lo tanto las tareas evolutivas propias del período de latencia, aspecto que se manifiesta, precisamente, en la triada sintomática del trastorno; situación reforzada por la ausencia del padre y la presencia poco valorizada del abuelo. Notamos que a través de sus síntomas, Ariel se desvive por ablandar el núcleo frío de la madre, la seduce, trata de interesarla y protegerla, de este modo, como diría Green (1983), desde pequeño, a manera de una “triangulación precoz” (p.221), rivaliza con el objeto ausente, con el generador del abandono.

Por otra parte, Evans (2007) menciona que de acuerdo con Lacan, la tramitación del complejo de Edipo permite el ingreso al orden simbólico, lo que ocurre cuando el padre prohíbe al niño el acceso a la madre, operación sujeta a la mediación del discurso materno, ya que el respeto a dicha prohibición depende de que la ley sea respetada por la propia madre. El padre real interviene en un tercer momento para impedir que el niño persista en la ilusión de ser el falo para la madre, lo que deriva en la identificación con el padre; de este modo, dice Evans, la identificación sustituye a la agresividad implicada en esta estructura triangular.

En el caso de Ariel, ni se ha impuesto la prohibición, ni la madre respeta la ley, ni el padre real ha tomado el papel que debiera para liberarlo de la “angustia de tener que ser el falo” (Evans, 2007, p. 65); se evidencia un problema de triangulación [situación que para Günter (2014), es común en este trastorno] que ha mantenido a Ariel y su madre en un círculo de excesiva excitación, dando lugar a una elaboración defectuosa del complejo edípico, lo que implica una falla en la organización del superyó y del yo mismo que no logra controlar las descargas del cuerpo (inquietud e impulsividad), ni incluso apelando al medicamento.

LOS SÍNTOMAS DEL TDAH, SÓLO LA PUNTA DEL ICEBERG

Eva María Esparza Meza

h). La experiencia del medicamento – una relación mágica.

Como mencioné antes, Ariel ha estado medicado durante un año y dos meses, principalmente con metilfenidato (ritalin), el reporte psiquiátrico reporta mejoría en la atención y calificaciones, pero persistencia de la inquietud; a los seis meses de iniciada la medicación sufrió de taquicardia pero no se retiró el medicamento. Un año después se informó que permanecía la dificultad de atención, inquietud, ansiedad y hostilidad, se aumentó la dosis. María comenta que luego de que le dieron el medicamento: *“Ariel mejoró mucho de calificaciones, ahora hay menos reportes de la escuela, él dice que cuando no se lo toma se porta mal”*.

En un primer momento, fue la maestra quien recomendó que lo medicaran. Jazmín refiere que con el medicamento mejoró mucho en la escuela: *“se concentra más, pero no se lo doy en vacaciones ni los fines de semana, así me lo recomendó el médico, aunque en esos días si está más inquieto que entre semana”*.

Por su parte, Ariel está muy familiarizado con el medicamento, incluso sabe el nombre de los medicamentos, narra:

Antes tomaba el ritalin, pero la doctora me lo cambió por atomoxetina, pero la atomoxetina no me cayó bien, me quedo como sin ganas de hacer las cosas, por eso me volvieron a dar el ritalin...; cuando no me tomo la medicina no me concentro, me pongo muy inquieto y me porto mal, me gusta tomarlo para así portarme bien y sacarme buenas calificaciones.

Sobre la medicación existe una gran controversia (ver capítulos 2 y 3), la postura psiquiátrica se ha manifestado ampliamente a favor del tratamiento farmacológico y solamente se considera la terapia psicológica, especialmente conductual, como apoyo. Existe otra corriente opuesta totalmente a la medicación y una postura intermedia que considera que los fármacos deben usarse solamente en los casos más graves y que no responden a otra forma de tratamiento; cada vez se medica más, por más tiempo y más pronto, incluso a niños de entre 3 y 6 años. Serrano, Guidi y Alda (2013), encontraron que el medicamento ha mostrado ser menos

LOS SÍNTOMAS DEL TDAH, SÓLO LA PUNTA DEL ICEBERG

Eva María Esparza Meza

efectivo que lo reportado por los investigadores, básicamente porque las condiciones bajo las que se conducen las investigaciones, son distintas a la realidad cotidiana; en este mismo sentido, Greene y Ablon (2001) refieren que la mejoría sintomática únicamente ocurre mientras el niño toma el medicamento, al comienzo los resultados son asombrosos, pero con el tiempo declinan aunque se siga tomando el fármaco; se ha pregonado que los fármacos son inofensivos física y psicológicamente (Lasa y Moya, 2012). En el caso de Ariel, el medicamento no ha sido tan eficaz, se reporta la permanencia de la sintomatología, especialmente la inquietud motora y la impulsividad; es un ejemplo de una mejoría inicial que decayó con el tiempo y de efectos secundarios como taquicardia y ansiedad.

Ariel ha desarrollado una relación mágica con el medicamento, donde éste funciona como una especie de prótesis yóica: *“si no lo tomo me porto mal”*; el medicamento, cual ángel de la guarda, logra convertirlo en “un niño bueno”, un regulador externo que sustituye la capacidad de sus objetos para contenerlo y que le permite constituirse en el objeto ideal para los adultos que lo rodean.

Entre tanto odio, resentimiento, violencia, indiferencia y seducción, Ariel me da la impresión de algo que aspira llegar a ser, intenta pero no puede conformarse en una persona, como ese dibujo de la familia del que habla pero no dibuja; Ariel parece ser un niño desdibujado.

CONCLUSIONES

A). Información general.

A.1. Descripción.

Este estudio contó con la participación voluntaria de 6 niños (4 hombres y 2 mujeres). Cabe aclarar que, sin pretender generalizar los hallazgos de esta investigación, es posible constatar algunos datos epidemiológicos expuestos por la literatura, como mayor frecuencia en varones que niñas, detectado durante el período escolar, etapa en que los síntomas comienzan a hacerse más llamativos e incomodar a los adultos; inicio temprano e incluso precedido por síntomas en otras áreas del desarrollo; Antshel, Macias y Barkley (2009) plantean que el comienzo temprano se relaciona con un mayor riesgo de fracaso escolar, en este sentido, 4 de los niños: Gabriel, Alina, Mariana y Daniel muestran un rendimiento entre regular y bajo; Antonio desde su ingreso a la escuela mantiene un promedio bajo; por su parte, Ariel posee un mejor rendimiento, de acuerdo con su madre y abuela mejoró a partir de que se le prescribió el medicamento.

La mitad de los participantes: Alina, Antonio y Mariana viven con ambos padres, mientras que en la otra mitad: Gabriel, Daniel y Ariel los padres están separados y el padre está ausente, por lo que la madre y el niño (s) viven en casa de la familia materna, compartiendo el mismo cuarto. La madre trabaja en 4 de los casos y en los otros 2 se dedica al hogar.

Gabriel, Alina, Antonio, Mariana y Daniel no realizan ninguna actividad extraescolar, su tiempo libre lo dedican a ver la televisión, en el caso de los varones, además juegan videojuegos. Ariel, a sugerencia del paidopsiquiatra, practica natación y fútbol los fines de semana. A decir de los niños, excepto en el caso de Daniel, en la escuela no está permitido que jueguen, corran ni salten en los descansos, de hacerlo son amonestados. Este último punto ha sido poco estudiado, pero si tomamos en cuenta que los niños adquieren mayor destreza

LOS SÍNTOMAS DEL TDAH, SÓLO LA PUNTA DEL ICEBERG

Eva María Esparza Meza

psicomotora alrededor de los 6 años, cabe suponer que la etapa de latencia (durante el período escolar) conlleve el placer del dominio en el ámbito de las habilidades motoras, placer del que son privados los niños cuando pasan demasiadas horas frente a un televisor o consola de videojuegos, lo que conlleva afectaciones no solamente emocionales sino de salud física y que, cabría agregar, del control del cuerpo, aspecto inherente a la hiperactividad.

A.2. Motivo de consulta.

La solicitud para recibir ayuda psicológica fue realizada principalmente por la madre, excepto en el caso de Ariel, ya que la abuela materna solicitó el servicio; el hecho de quien realiza la demanda es importante, ya que refleja la ausencia y/o involucración de los padres; mientras que, en la situación de Ariel aparece, de entrada, el conflicto entre la abuela y la madre.

El apoyo psicológico suele buscarse a petición de la escuela, aspecto que confirma los resultados de algunas investigaciones, en relación a que la escuela es el lugar donde se identifican los síntomas, informando a los padres que su hijo padece TDAH (García, 2012; Kean, 2005; Monserrat, 2007; Taborda y Abraham, 2007). Los motivos de consulta son muy similares: inquietud motora (hiperactividad), dificultad para atender, problemas de comportamiento especialmente oposicionismo y agresividad, bajas calificaciones, problemas en la escritura; en el caso de Alina también se reportan ideas de muerte y en el de Ariel sueños de angustia. Me parece conveniente señalar que, atendiendo a la narración particular de cada caso, es posible advertir que los síntomas, en todos los casos, comenzaron a manifestarse tempranamente; no obstante, éstos fueron ignorados, indicador de la invisibilidad de que los niños fueron objeto en el umbral de su historia; solamente hasta que los síntomas se hicieron ruidosos y fastidiaron a los adultos, éstos se percataron de su existencia; podríamos decir que en tanto los niños no molestan a los otros de su entorno, son tratados como “alucinaciones negativas”, al no ser percibidos, se desestima su existencia (Green, 1993).

A.3. Reportes psicológico y psiquiátrico.

Una de las principales críticas que los psicoanalistas pronuncian en contra de la proliferación del TDAH, alude a la carencia de procedimientos diagnósticos adecuados, considerándose que en muchas ocasiones, basta una breve entrevista y la aplicación de un cuestionario para emitir el diagnóstico (Janin, 2006a; Lasa, 2001; Lasa y Moya, 2012; Punta, 2007; Zuluaga, 2012); en este sentido, me congratulo de que los niños partícipes en esta investigación fueron ampliamente valorados, tanto preliminarmente como para garantizar su inclusión en el estudio. Los niños enviados por el hospital, se evaluaron y diagnosticaron previamente tanto por el servicio de psicología como de psiquiatría; en el caso de Alina, al parecer, una brigada médica la diagnosticó y posteriormente se le practicó una valoración en el hospital psiquiátrico infantil; así mismo, Daniel ya había sido valorado y tratado en un centro comunitario dependiente del Distrito Federal, en ambos casos no se contó con el reporte escrito de la evaluación.

A.4. Confirmación del diagnóstico.

En todos los casos el diagnóstico fue confirmado considerando los criterios establecidos por el DSM IV (APA, 2002) (versión vigente cuando comenzó la investigación), Gabriel, Alina, Antonio, Mariana y Ariel presentan TDAH tipo combinado; Daniel, fue el único que manifestó predominio del déficit de atención. Atendiendo al nivel de afectación del funcionamiento y deterioro en diferentes áreas de su vida, se observó en los 6 participantes un grado de severidad entre moderado y severo. La evaluación reveló una significativa comorbilidad, especialmente con el trastorno desafiante oposicionista, ansiedad, problemas de conducta, depresión y problemas de aprendizaje; únicamente Daniel no presentó comorbilidad. En todos los casos, el trastorno se acompaña de dificultades escolares, principalmente en expresión escrita, matemáticas y lectura.

LOS SÍNTOMAS DEL TDAH, SÓLO LA PUNTA DEL ICEBERG

Eva María Esparza Meza

Dentro del ámbito familiar, resalta que lo más molesto son algunos de los síntomas relacionados con el componente hiperactividad/impulsividad, como discutir con adultos, no obedecer y molestar a otros.

Según la clasificación diagnóstica de la APA (2002, 2013), existe una alta comorbilidad del TDAH, especialmente con el trastorno desafiante oposicionista; pero también se señala la comorbilidad con problemas escolares, de aprendizaje, lenguaje, comportamiento, depresión y ansiedad (Antshel, Macías y Barkley, 2009; Furman, 2005), como ocurre en los casos aquí presentados; sin embargo, para otros autores (Amador, Escardíbul et al, 2012; Forn y Martorell, 2001; Mas, 2009; Seitler, 2011) la alta comorbilidad solamente representa el reduccionismo con que se aborda el trastorno, convirtiéndolo en un diagnóstico de extraordinaria heterogeneidad, carente de especificidad, poca consistencia y validez, siendo verdaderamente difícil, sino es que imposible, delimitar un trastorno de otro; razón por demás suficiente para indagar con mayor profundidad sobre las características y determinantes del trastorno, cuya mejor comprensión nos permitirá plantear alternativas de tratamiento más acordes a las particularidades de cada caso.

B). Sintomatología.

La bibliografía (APA, 2002; 2013) señala que, aunque muchos padres y maestros informan de excesiva actividad desde los años preescolares, el trastorno usualmente se diagnostica durante los años de enseñanza primaria, pero persiste hasta la adolescencia y adultez. Así mismo, se sugiere que pueden existir algunos factores de riesgo, pero no son determinantes.

En los casos de Gabriel, Daniel y Ariel, los síntomas del TDAH comenzaron a manifestarse durante la etapa preescolar, entre los 3 y los 5 años. La madre de Gabriel informó que cuando tenía 3 años, la guardería le envió los primeros reportes sobre su dificultad para terminar actividades, agresividad y llanto. También Daniel fue referido desde que cursaba el preescolar, por dificultades para prestar y mantener la atención. Respecto de Ariel, se expresó que desde pequeño

LOS SÍNTOMAS DEL TDAH, SÓLO LA PUNTA DEL ICEBERG

Eva María Esparza Meza

era inquieto, en preescolar surgieron las primeras quejas en torno a pararse de su lugar, no seguir reglas, “hacía lo que quería”, salirse del salón, esconderse, oposicionista, agresivo y se echaba a correr en lugares públicos.

El resto de los niños (Alina, Antonio y Mariana) evidenció síntomas del trastorno hasta que ingresaron a la educación primaria; además de las dificultades de atención, hiperactividad e impulsividad, se dieron quejas por agresividad y problemas para interactuar con los compañeros. En el caso de Alina, también se informó de deseos de muerte, sentimientos de minusvalía y ansiedad, la escuela condiciona su estancia a que sea medicada; en tanto que Gabriel y Antonio son condicionados por actos agresivos contra otros niños.

No obstante que los primeros indicios del TDAH se exteriorizaron en preescolar o primeros grados de primaria, todos los niños evidenciaron tempranamente, otros síntomas del desarrollo. Gabriel, Antonio y Ariel, presentaron una demora importante en el lenguaje, por lo que recibieron terapia de lenguaje y estimulación temprana (Antonio). Mariana y Antonio manifestaron retraso en el desarrollo psicomotor, como sostener la cabeza, sentarse y gatear, Antonio incluso con demora en la adquisición de la marcha. En el caso de Daniel se informó que tomó biberón hasta los 3 años.

Gabriel, Antonio, Mariana y Daniel, manifestaron problemas para lograr el control de esfínteres; Mariana también tuvo enuresis entre los 6 y los 8 años.

Los padres de Alina informaron de irritabilidad y llanto intensos desde que era bebé; de Mariana y Ariel reportan “inquietud” desde pequeños; la madre de Daniel refiere dificultades para dormir en la noche durante el primer año. Antonio presentó atrofia cerebral debido a hipoxia neonatal y convulsiones a los 2 meses de su nacimiento por lo que desde entonces está medicado con valproato de magnesio. Ariel también recibe medicamento y en el caso de Mariana, el padre mencionó haber sufrido, el mismo TDAH y tratado con medicamento. De este modo, destaca la presencia de síntomas tempranos que evolucionaron hacia la

hiperactividad, impulsividad, dificultad para la atención, agresión y labilidad emocional y problemas escolares. También se observan dificultades en las relaciones con otros niños y conflictos en la dinámica familiar.

Los resultados de esta investigación me permiten plantear que presentar el trastorno como un mero listado de síntomas, surgidos de la “nada”, en un momento determinado del desarrollo, porque así estaba programado en el código genético, no abona en lo absoluto para comprender la situación de un niño que sufre, constituye una posición simplista respecto de la psicopatología. Estos casos nos han mostrado que los síntomas emergen muy temprano en el desarrollo de los niños y van evolucionando hasta convertirse en un laberinto sin salida para el niño, su familia y las personas de su alrededor; tal complejidad nos lleva a cuestionarnos ¿qué ha ocurrido en la vida de estos niños para que las cosas hayan tomado tal cariz? De esta forma arribé al supuesto teórico de que los síntomas solamente constituyen la superficie de un problema que tiene un trasfondo mucho más complejo, donde se observa un intrincado entramado de síntomas, relacionado estrechamente con las experiencias de vida del niño y sus dificultades para estructurarse psíquicamente, aspectos que describo y analizo detalladamente en el capítulo anterior. En esta sección, a partir de ciertas concordancias y particularidades identificadas en las diferentes categorías, presento el análisis de los casos desde una perspectiva transversal.

C.1. Experiencias antes del nacimiento: de la sombra del odio al fracaso de la investidura fetal.

Para Freud (1914), la conformación de la estructura psíquica está precedida por lo prehistórico del ser humano; en este sentido, Moguillansky (1998) escribe: “los niños empiezan a existir en el sueño de los padres” (p. 706), la estructuración psíquica del individuo sienta sus bases en la libidinización parental del lugar físico y psíquico al que el niño arribará; dicha libidinización depende a su vez, de la propia historia y psiquismo de los padres.

LOS SÍNTOMAS DEL TDAH, SÓLO LA PUNTA DEL ICEBERG

Eva María Esparza Meza

Desde antes de su nacimiento, la historia de estos niños (incapaces de “estarse en un solo lugar”) está signada por lo negativo, en el sentido de la carencia, de algo que debió darse pero no ocurrió, porque no se construyó un espacio libidinizado para ese hijo; aspecto que queda reflejado cuando Consuelo, madre de Daniel, dice: *“no estábamos conscientes de que no estábamos construyendo una familia”*.

Considerando que la historia del niño involucra también la historia de los padres, los resultados, son asombrosos por su similitud; en 5 de los casos, alguno de los padres (principalmente la madre) o ambos, proviene de un ambiente familiar agresivo y violento, donde fácilmente se demostraba el enojo, pero se carecía de expresiones de amor, lo que se observa en comentarios como *“mis padres [de Silvia, madre de Mariana] eran muy fríos, nada de besos y abrazos”*, o *“nunca nos dijeron que nos quisieran, que al menos nos hicieran un cariño [Paulina, madre de Alina]”*. Exceptuando a la madre de Antonio, el resto manifiesta una relación muy conflictiva con su propia madre, de quien dicen, tenía “preferencia por un hermano” y sintieron un marcado rechazo; en este sentido, aparece el comentario de *“siempre me esforcé para agradarla, pero nunca lo he logrado [Erika, madre de Gabriel]”* o *“nunca le daba gusto [Consuelo, madre de Daniel]”*; el antagonismo con la madre (abuela de los niños) generó sentimientos de enojo y resentimiento, que en el caso de Ariel, se convierte en un agudo odio donde 3 generaciones se caracterizan por el rechazo y el odio.

Al respecto de esta situación, cabe detenernos brevemente en la cuestión de la transmisión generacional, aquello que lleva consigo cada miembro de la pareja cuando deciden formar una familia y que, a manera de herencia psíquica, transferirán a sus nuevos miembros. Trasmisión generacional que contiene tanto sus fantasmas familiares como el discurso de la cultura, sus prohibiciones y sus anhelos, proceso que se sostiene mediante el mecanismo de la identificación. Estos fantasmas encarnan el retorno de lo reprimido, mediante lo cual se perpetúa el ambiente familiar patógeno de rechazo y violencia, así como la ambivalencia a la madre odiada símbolo de la figura castradora, transmisora del precepto de que

LOS SÍNTOMAS DEL TDAH, SÓLO LA PUNTA DEL ICEBERG

Eva María Esparza Meza

la mujer no vale nada en tanto es un ser castrado; al mismo tiempo se desea volver a la ligazón preedípica, para lo cual el hijo representa la posibilidad de una ofrenda; es entonces cuando estas mujeres, se vuelven “semejantes a su madre enemiga” (Castoriadis-Aulagnier, 1975; Freud, 1939 [1934-38] p. 121).

Los padres por su parte, transmiten la figura del padre ausente o bien desvalorizante, incapaz de imponer la prohibición edípica, porque en ciertos casos ellos tampoco asumieron esta renuncia, circunstancia expresada en la frase de Consuelo (madre de Daniel), en relación a su pareja: “*tiene mamitis*” o cuando el padre de Mariana refiere: “*mi familia, es lo más importante*”, cuando en realidad está hablando de su madre. De este modo, pareciera que todo se juega en torno de una madre mítica inaccesible, pero irrenunciable.

Este bagaje fantasmático aportado por los miembros de la pareja, se constituye en la “sombra hablada”, conjunto de enunciados concernientes al niño desde que aparece la idea de hijo. Para Castoriadis-Aulagnier (1975), se trata de una sombra protectora o amenazante, estructurante o presagio de un desastre; la historia de vida de estos niños parece corresponder al segundo significado, sobre ellos se cernió un nefasto augurio desde antes de su concepción, ya que la idea de hijo se inscribió dentro de un pacto transgeneracional de odio, rechazo u ofrenda, que nos remite a las propias fallas estructurales de los padres.

El deseo de hijo dentro de una relación de pareja representa el reducto del temprano deseo de tener un hijo de la madre, transferido luego al deseo del hijo edípico del padre, hasta llegar al deseo de un hijo de la pareja (Aulagnier, 2002; Freud, 1933 [1932]). El análisis de estas historias nos revela que no existió un verdadero deseo de hijo, como tampoco un deseo de hijo compartido por la pareja parental, ya que los padres parecen ajenos a la fecundación. El embarazo no representó la culminación del amor entre la pareja, más bien ocurrió dentro de un marco relacional caracterizado por la discrepancia o incluso la violencia; la concepción tuvo lugar debido a un olvido, accidente desafortunado, representado por el decir de los padres de Alina: “*nos tomó desprevenidos*”, “*fue un descuido*”,

LOS SÍNTOMAS DEL TDAH, SÓLO LA PUNTA DEL ICEBERG

Eva María Esparza Meza

así, el bebé en gestación irrumpe en la vida de unos padres que no lo pensaban, convirtiéndose en un personaje advenedizo. El placer con el que generalmente se invierte la concepción de un niño, está ausente en estas historias, negación de que el bebé es el producto de una unión sexual donde ambos padres participaron (Aulagnier, 1986a).

De la desinvestidura implicada en la concepción del niño, pasamos al embarazo, experiencia que se puede describir con el enunciado “amarga espera”, contrastante con la representación cultural idealizada como “la dulce espera”. Durante el embarazo, la sombra hablada representa el anhelo materno respecto del bebé que se espera; las madres de Antonio y Daniel, manifiestan haberlo vivido con gusto y sin complicaciones, aunque en el primero pasó inadvertido el sufrimiento fetal crónico; en los otros casos, la gestación fue una experiencia física y/o psíquicamente displacentera, amenaza narcisista por el riesgo de muerte implícito en la preeclampsia, especialmente en el caso de Silvia (madre de Mariana); del displacer psíquico dan cuenta frases como “*pensé en no tenerlo [Jazmín, madre de Ariel]*”, “*no estaba feliz [Paulina, madre de Alina]*”, “*me sentía muy sola [Erika madre de Gabriel y Silvia, madre de Mariana]*” o “*tuve mucho miedo [Silvia, madre de Mariana]*”. Se observa la ausencia de la preocupación maternal primaria, centramiento de todos los intereses maternos en el bebé en gestación (Winnicott, 1960a); para estas mujeres el hijo imaginario, en lugar de representarse como el ideal (ambivalente si se quiere, pero ideal), adquiere el estatuto de amenazante, lo que nos habla de una perturbación en la investidura libidinal del futuro hijo, el embarazo se significó como un accidente sin soporte libidinal que diera sentido a la existencia del niño (Aulagnier, 1986a), símbolo de infortunio, presagio del desastre que el niño llevará inscrito en su self.

En la reconstrucción histórica de la vida de estos niños, se puede advertir la falta de un deseo genuino de hijo, así como una concepción y embarazo sin placer; de estas situaciones infiero el fracaso de la investidura fetal. Si bien se podría argumentar la imposibilidad de probar que estos factores son determinantes en la

etiología del trastorno, es pertinente destacar la influencia destructiva que pueden tener en el establecimiento del futuro vínculo entre la madre y el niño. Al respecto Aulagnier (2002) apunta: “ese es el tipo de causalidad estrictamente imposible. Felizmente existe lo impredecible en el devenir del sujeto... Hay probabilidades pero no certezas” (s.p.); de este modo, la psicopatología no es efecto directo de determinados factores, éstos solamente asientan las condiciones que posibilitan su surgimiento; así pues, podemos plantear que, el origen de estos niños no se sustenta en el deseo de una pareja, aspecto que por sí mismo impone una condición psíquica precaria, que al entramarse con las experiencias de vida posteriores propició la emergencia de la sintomatología.

C.2. Experiencias alrededor del parto – nacimiento.

El nacimiento implica, por un lado las experiencias de la madre en torno al parto de ese bebé al que alojó durante la gestación en su vientre; por el otro, la experiencia del niño al arribar al mundo.

a). La llegada a la vida: experiencia de sufrimiento – obstáculo a la estructuración psíquica.

El parto – nacimiento es un evento que regularmente no involucra mayores complicaciones, se considera un acontecimiento festivo, lleno de alegría, ya que el bebé recién nacido, representa la culminación de los anhelos parentales. Indiscutiblemente, esta experiencia, al igual que el embarazo, está cargada de ambivalencia: alegría y miedo; se espera la llegada de un ser grandioso, pero también se teme el nacimiento de un monstruo. Para sentar unas bases sólidas de la estructura psíquica, se requiere que el nacimiento se enuncie como una experiencia de placer para la pareja parental, placer comunicante de que el bebé ocupa un lugar significativo dentro de la historia familiar que él deberá continuar (Aulagnier, 1986a; Castoriadis – Aulagnier, 1975).

La experiencia de placer está ausente en las historias de vida presentadas, exceptuando el caso de Daniel, en los demás participantes el nacimiento no

LOS SÍNTOMAS DEL TDAH, SÓLO LA PUNTA DEL ICEBERG

Eva María Esparza Meza

ocurrió en un contexto de alegría y aceptación; más bien se trató de una experiencia traumática, en algunos casos tanto para la madre como para el niño; el parto para las madres, lejos de ser un evento feliz, representó un riesgo para su propia vida, el caso más extremo es el de Gabriel, ya que a su madre se le indujo un coma por el que quedó hospitalizada un mes.

Por otra parte, 4 de los niños nacieron en una situación muy complicada, Antonio es el caso más relevante, al presentar, además de sufrimiento fetal crónico y agudo, hipoxia neonatal que le produjo una atrofia cortical. Es evidente que ante este complejo escenario y tomando en consideración la experiencia negativa del embarazo, entre la madre y el bebé tuvo lugar un desafortunado encuentro: para las madres se reabre una antigua herida narcisista, al no ser capaz de realizar el anhelo de tener al hijo ideal, aparece la congoja, tristeza, culpa y dolor, recordatorio de su propio desvalimiento presente y pasado; sobre el primero resalta la ausencia del apoyo de la pareja, violencia, odio, sensación de soledad; así mismo, el pasado resurge cual fantasma, representado por ese hijo que no es la completud y remueve su propio origen de rechazo, significando que más que un deseo de hijo, predominó el deseo de maternidad; expresión de la imposibilidad de libidinizar la procreación, embarazo y nacimiento, porque detrás se encuentra el deseo de repetir el antiguo deseo de darle un hijo a la madre y así reparar la conflictiva relación primaria; posición quimérica que solamente promoverá el surgimiento, desde el primer momento, de una fisura (falla) psíquica en el niño, reflejo “del conflicto que la llegada del infans reactivó y reactualiza”, inscribiendo un pictograma de rechazo (Castoriadis-Aulagnier, 1975; p. 204).

Qué decir de los niños y su sufrimiento temprano, cuando desde la gestación las alas de la pulsión de muerte se extendieron sobre ellos. Un complicado nacimiento testimonio de que la vida es producto de la lucha entre Eros y Tánatos (Freud, 1923), triunfo de Eros logrado a costa de un gran sufrimiento, porque “no hay sufrimiento que no sea psíquico” dice Aulagnier (1986a, p.273), éste es resultado de la relación del individuo con la realidad exterior y con la realidad de su propio

LOS SÍNTOMAS DEL TDAH, SÓLO LA PUNTA DEL ICEBERG

Eva María Esparza Meza

cuerpo, de un cuerpo sufriente por el riesgo de muerte y de una psique aún no preparada, cuyas defensas eran insuficientes para dominar el exceso procedente del encuentro con el mundo. El desamparo, “testigo de la representación psíquica de este sufrimiento” (p.274), dejará huellas en la relación que el niño establezca con su cuerpo y la realidad externa; solamente la madre puede consolar ese sufrimiento orgánico – psíquico, pero en estos casos el sosiego no llega, ella o el niño no están, el hospital es el ámbito que los separa. Amarga experiencia vivida en los albores de la vida que produce una falla en la constitución psíquica del niño, cuyos efectos aparecerán más tarde, a través de los síntomas.

Resalta que 5 de los participantes (los mismos que tuvieron complicaciones al momento del nacimiento: Gabriel, Alina, Antonio, Mariana y Ariel) presentan comorbilidad con el trastorno desafiante oposicionista, las historias de vida de estos niños revelan que el desafío surge tempranamente, no como síntoma, sino como respuesta adaptativa, que desde el vientre materno y durante el parto les permitió desafiar a la muerte; de este modo, considero que el desafío se presenta como único recurso para luchar contra un medio adverso que no los ve ni los escucha; representa también la vía para hacerse de un lugar en el mundo y en la historia familiar; solamente más tarde el desafío se volverá síntoma ante el fracaso de su objetivo, repetición del modelo de rechazo anteriormente vivido.

b). La experiencia de la desinvestidura materna – narcisismo negativo.

Luego de la falla en la investidura fetal y un desafortunado encuentro con el mundo, las cosas no mejoraron, la relación madre - niño desde un principio se vio seriamente comprometida; las experiencias vividas en los primeros meses de vida, también entrañaron un riesgo para la estructuración psíquica, los niños enfrentaron una libidinización inicial defectuosa. En este sentido, Winnicott (1951) expone que desde el inicio de la vida, la salud mental se fundamenta en una relación madre-bebé cálida, íntima y continua, donde ambos encuentren satisfacción y placer; las fallas en este aspecto obstaculizan la adquisición de la confianza en sí mismo y constituyen una amenaza para la integración del self

LOS SÍNTOMAS DEL TDAH, SÓLO LA PUNTA DEL ICEBERG

Eva María Esparza Meza

(1962d). Quizá el mejor ejemplo de una relación madre-bebé insatisfactoria y malograda esté representada en la enunciación de Silvia (madre de Mariana): *“nos llevamos mal desde que Mariana nació... cuando me dejaron entrar (a la UCIN) para verla, ella no me quiso ver, se volteaba para el otro lado... yo era muy agresiva con la niña, le gritaba mucho y le decía cosas”*. De forma semejante a Silvia, estas madres interpretan los mensajes que sus hijos les envían, en consonancia con su propia representación del niño, es decir de un hijo que se rechaza, no es bienvenido, incomoda o mortifica en exceso (Aulagnier, 1986b).

Desde el comienzo mismo de su existencia, ya fuera por la depresión materna o su ausencia (física y/o psíquica), estos niños sufrieron los efectos destructivos de la desinvestidura, una profunda herida narcisista (Green, 1983) que en ciertos casos involucró a ambos padres, algunos afortunadamente rescatados por las figuras sustitutas (abuelos, tía abuela, bisabuela), aunque como Green comenta (aludiendo a Winnicott), lo negativo del objeto es más real que lo positivo de cualquier sustituto. Y es que, al principio de nuestras vidas, el aporte narcisista es el nutriente más importante para la conformación de la estructura psíquica, contribuye al fortalecimiento del yo desde donde se inviste libidinalmente el mundo exterior, algo que como hemos visto, representa una falla en el funcionamiento psíquico de estos niños; Freud, (1914) refiere que el narcisismo proviene del resurgimiento del narcisismo reprimido de la madre, de ahí que el amor prodigado al niño esté rebosado de sobreestimación, lo que encontré en estos casos, es que lo reprimido de las madres tiene que ver con sus propias frustraciones narcisistas, de ahí que transmitan lo mismo a sus niños; si a su vez, ellas no fueron amadas por sus padres, tampoco podrán enseñar a amar a sus hijos, quienes no se beneficiaron con el sentimiento de omnipotencia que otorga el convertirse en el centro de la vida de sus padres, de ser su Majestad el bebé.

Como mencioné antes, la relación objetal de estos niños se encuentra atravesada por la desinvestidura temprana, lo que conlleva una carencia narcisista y por ende la pobreza del yo; de este modo, encontramos que Gabriel y Mariana padecieron

los efectos adversos derivados de la relación con “una madre muerta”; Daniel y Ariel corresponden a variedades del “complejo de madre muerta”; Daniel es un caso sui géneris, su madre lo inviste inicialmente, cuando lo cuida por la noche, luego pierde su interés por el niño y acaba entregándoselo por completo a la abuela, quien lo hiperlibidiniza colocándolo en el centro de su vida. La variación en el caso de Ariel, se refiera a la desinversión representativa del cuidado de una madre de “núcleo frío”, prodigadora de un amor helado (Green, 1983; Rousillon, 1995). En contraste, la desinversión proveniente de las madres de Alina y Antonio tiene que ver con lo que yo denomino como “distorsión de la preocupación maternal primaria”, madres que al estar absortas en sus propias preocupaciones prodigan cuidados desprovistos de placer.

Cabe interrogarnos sobre el origen de la depresión y desligazón de estas madres; en torno de la depresión podemos inferir un duelo sin resolver, posiblemente por no tener el hijo ideal, aquel que la reparara a ella misma, o la culpa de tener un hijo que no se desea, que se rechaza su existencia; por su parte, la “distorsión maternal primaria” implica una ausencia mental y afectiva de la madre, quien se encuentra sumida en una preocupación patológica cuya causa es el nacimiento del hijo; así mismo, detrás de las narraciones de estas madres aparece la falta de apoyo de una pareja que no se comprometió, al respecto, Winnicott (1963a) menciona que la madre necesita sentirse segura y apoyada por el padre del niño para realizar adecuadamente su función; al faltar el apoyo de éste, se recurrió en algunos casos (Gabriel, Antonio, Daniel, Ariel) a la familia extensa (abuelos, tíos), que si bien paliaron la desinversión materna, contribuyeron a la discontinuidad del cuidado y en consecuencia a las dificultades en la integración del self. Mención aparte merece la relación de conflicto con la madre (abuela), esa a la que se entregó el hijo ya fuere como ofrenda protectora o producto del odio. De este modo, los niños se encontraron en medio de un doble conflicto: de madre a madre, así como entre la madre y el padre, lo que agudizó la desinversión en el orden del narcisismo negativo, de que fueron objeto.

LOS SÍNTOMAS DEL TDAH, SÓLO LA PUNTA DEL ICEBERG

Eva María Esparza Meza

Notamos que las madres de nuestros participantes se dedicaron a su crianza total o parcialmente, así, lo que faltó no fueron cuidados, sino libidinización, aspecto que refleja María (abuela de Ariel) cuando dice que Jazmín “*no recibió con emoción [el nacimiento], yo creo que lo recibió como una carga, no era muy demostrativa de afecto, si lo quiere y lo quiso pero no ha sido muy demostrativa*”. Aulagnier (1986b) comenta que cuando falta la experiencia de placer en el contacto corporal, la psique del bebé será incapaz de elaborar el nutriente placer, pues lo que deja la depresión y la desligadura es una experiencia traumática; especialmente si consideramos que lo sobresaliente en una madre deprimida o ausente es su desinterés por el niño, ausencia de respuesta al gesto espontáneo, falla para entender las necesidades de niño y respetar sus ritmos; la depresión de la madre involucra la reactivación de su propio trauma narcisista y encierra una desinvestidura catastrófica para el niño, no solamente se le priva de amor, además implica “una pérdida de sentido, pues el bebé no dispone de explicación alguna para dar razón de lo que ha sobrevenido” (Green, 1983; p. 216), pérdida de la que el bebé trató de defenderse infructuosamente con la agitación o el llanto, que la madre no pudo contener, o bien un grito, llamada sin respuesta; condiciones que más tarde evolucionaron hacia el movimiento desorganizado e impulsivo, aspecto característico de los niños con TDAH.

Si bien las heridas narcisista nos son infligidas a todos, nos fortalecen al probar la eficacia de nuestras defensas, lo que prevaleció en estos chicos es la insatisfacción del deseo objetal en el momento en que el infante humano es más dependiente que nunca, colocando en jaque la ligazón y por ende al devenir mismo; el objeto más que proveedor de un amoroso holding, auxiliar y contenedor, se constituyó en una amenaza para la integración, tanto por estar demasiado ausente como demasiado presente (abuela de Daniel); se volvió un objeto-trauma dejando al niño con un yo vulnerable, sumido en la desesperación de la angustia narcisista, a merced de sus pulsiones, símbolo de un narcisismo negativo que se relaciona con una mayor intolerancia a la frustración, incapacidad para la demora e inhibición pulsional; emergencia sintomatológica que nos habla de esa herida

infligida en su más tierna infancia y que no cicatrizó, pero expresa la esperanza de recuperar el amor que la indisponibilidad del objeto no prodigó (Green, 1983, 1993; Winnicott, 1960a).

C.3. Experiencias posteriores al nacimiento.

a). Falla en la función materna – dificultades en la integración - preámbulo de la sintomatología.

De acuerdo con Winnicott (1962a, 1963a) la integración es un proceso gradual, que depende tanto del potencial heredado como de un ambiente facilitador, al comienzo de la vida este ambiente lo integra la madre a través de la preocupación maternal primaria, estado de entrega absoluta cuyo propósito es crear la ilusión de fusión y omnipotencia en el bebé. Como analizamos antes, esta situación de devoción materna, por diversas razones, no se logró en nuestros casos, lo que de entrada significó un primer obstáculo en el camino del niño hacia la integración, apenas zanjado por la presencia de los otros cuidadores.

Luego de la adaptación total a las necesidades del bebé, la madre se vuelve “suficientemente buena”, para Winnicott (1971), en este momento la adaptación “disminuye poco a poco, según la creciente capacidad del niño para hacer frente al fracaso en materia de adaptación y para tolerar los resultados de la frustración” (p. 27). Las funciones de una madre suficientemente buena son el sostén (holding), la manipulación (handling) y la presentación de objetos (Winnicott, 1960a), tienen la finalidad de proporcionar al niño un sentimiento de seguridad, promover la integración del self, el desarrollo de la unidad psicosomática y el establecimiento de una relación satisfactoria con el mundo.

Inmersas en sus propias problemáticas narcisistas, las madres de estos niños, a pesar de algunos intentos, no lograron convertirse en “madres suficientemente buenas”; enunciados como “*abandoné mucho a mi hijo [Erika, madre de Gabriel]*”, “*estaba como ida... cuando se me pasó le daba todo porque me sentía culpable [Paulina, madre de Alina]*”, “*Antonio es lo más importante... no me puedo dar el*

LOS SÍNTOMAS DEL TDAH, SÓLO LA PUNTA DEL ICEBERG

Eva María Esparza Meza

lujo de renunciar [Patricia], “la hice a un lado, la evitaba, me desesperaba [Silvia, madre de Mariana]”, “yo casi no veía al bebé [Consuelo, madre de Daniel]”, “su mamá [de Ariel, dicho por la abuela materna] era muy fría con el niño, no era paciente ni cariñosa... se desesperaba mucho y se enojaba... el cuidado de ella no era bueno”, reflejan sus dificultades para asumir la función materna; haciendo un recuento, tenemos que los niños llegaron al mundo sin tener un nido preparado para ellos, se encontraron con el sufrimiento, el rechazo y el displacer; en esta etapa de su vida enfrentan las fallas en la función materna de sostén, del cuidado realizado más por obligación que por satisfacción y una presentación de objetos que no respeta su ritmo. A través de los relatos nos podemos percatar de la carencia de empatía hacia las necesidades del niño, lo que, a decir de Winnicott (1963a) interfiere “con la tendencia natural de la criatura para convertirse en una unidad integrada” (p.112); de este modo, aparecen los primeros indicios de síntomas: inquietud, problemas del sueño, llanto y fragilidad psicosomática, que nos hablan de la consonancia entre la actitud materna de desesperación y la incapacidad del niño para tolerar una frustración y decepción que parecen no terminar y que dificulta la representación del objeto total.

Aunado a lo anterior, se advierte un entorno familiar conflictivo: cambio de cuidadores, antagonismos en la pareja parental, entre la madre y los abuelos, separaciones, violencia; dentro de este contexto surge la demora en el lenguaje (Gabriel, Antonio y Ariel) y las dificultades para el control de esfínteres (Gabriel, Antonio, Mariana y Daniel); el *lenguaje* se relaciona con la capacidad simbólica, constituye el enlace entre el mundo interno y el externo, de hecho, para Freud (1940 [1938]) la simbolización aparece cuando en el preconscious se ligan las representaciones imágenes con las representaciones palabra; así, el lenguaje es una función del yo conectada con los remanentes perceptuales visuales y acústicos. Este aspecto es retomado por Castoriadis-Aulagnier (1975) cuando plantea la importancia de los otros hablantes que introducen al niño en el lenguaje, de este modo, para que tenga lugar el deseo de hablar, el niño necesita que se le hable y que de esa impresión sonora obtenga placer, antecedente del deseo de

LOS SÍNTOMAS DEL TDAH, SÓLO LA PUNTA DEL ICEBERG

Eva María Esparza Meza

aprehender el significado de lo escuchado; la capacidad de ligar la representación sonora con la representación palabra, es lo que permite transitar del proceso primario al secundario (Freud, 1915). Considerando el entorno en que los niños crecieron, podemos percatarnos de las innumerables vivencias de displacer: madres inaccesibles, ausentes, frías que posiblemente hablaban poco al niño, así, no hay para ellos placer en oír, tampoco en hablar, no hay quien los escuche y les devuelva a su vez el placer de oír sus primeras palabras; el silencio se vuelve destructivo y el anhelo de amor insatisfecho se torna en odio.

Por otra parte, si el lenguaje es función del yo y éste es vulnerable, entendemos este retraso del lenguaje como una falla en la simbolización que, además, se vincula con la dificultad de estos niños para acceder al proceso secundario, aspecto fundamental en el trastorno que nos ocupa, ya que tanto para la atención, el control motriz y de impulsos, como la posposición de la satisfacción, se requiere fortaleza yoica y predominancia del proceso secundario; aquí podemos identificar cómo las fallas en la estructuración psíquica dan lugar a la sintomatología que más tarde se hará evidente.

Por otro lado, la renuencia para adquirir *el control de esfínteres* también nos lleva a las experiencias placer-displacer, éste último ampliamente conocido por el niño desde el vientre materno. En un momento dado del desarrollo (fase anal), los excrementos son para el niño una parte valiosa de su propio cuerpo, adquieren el estatus objeto fuente de placer, de esta forma, controlar las funciones excrementicias implica renunciar a un placer en pos de mantener el amor del objeto externo, entonces la caca se vuelve un preciado regalo que ofrece a su madre (Freud, 1917 [1916-17]), la renuncia exitosa depende de que ésta comprenda y valore dicha ofrenda. En la infancia de nuestros participantes, quizá una de las pocas experiencias de placer, tiene que ver con las proporcionadas por su propio cuerpo; empero, si observamos que en su crianza aparece constantemente la falta de respeto a los ritmos (en cada niño es distinto), es decir la discontinuidad (diversos cuidadores, presentación objetal a destiempo),

LOS SÍNTOMAS DEL TDAH, SÓLO LA PUNTA DEL ICEBERG

Eva María Esparza Meza

ausencia de respuesta al gesto espontáneo del infante (Winnicott, 1960b), podemos inferir que para ellos, no era sencillo renunciar al placer anal o uretral, además, para algunos, el proceso de control de esfínteres implicó violencia (Mariana) o humillación (Gabriel).

Me atrevería a plantear que incluso en los casos en donde no hubo dificultades en este aspecto (Alina, Ariel), este fue el momento donde se instaló el comportamiento desafiante; Dolto (1981) sugiere que alrededor de los 2 o 3 años, todos los niños manifiestan una respuesta opositora a la madre que representa la satisfacción de la autonomía, pero cuando el otro no es sensible a las necesidades que el niño expresa, surge la tendencia hacia la imposición autoritaria, en tanto que el niño se aferra a su valiosa posesión. En este contexto, someterse equivale al desfallecimiento del sí mismo, la oposición resulta imprescindible pues constituye la única vía para establecer su identidad; Green (1993) considera que este recurso “ofrece al yo oportunidad para sentirse vivo” (p. 394). Sin embargo, oponerse al mandato del objeto, intensificó (en nuestros casos) el conflicto en la relación madre-niño, situación que condujo a la persistencia del vínculo de odio, repetición de lo transgeneracional porque “el odio sella un pacto de fidelidad eterna al objeto primario” (p. 396). De esta forma, el comportamiento desafiante, si bien es fuente de conflicto con los otros, especialmente adultos, representa una posibilidad de estar en el mundo.

Los primeros síntomas del TDAH (inatención, hiperactividad e impulsividad) y comportamiento agresivo se manifestaron en algunos niños (Gabriel, Daniel y Ariel) alrededor de los 5 años, cuando cursaban el preescolar; Antonio comenzó desde entonces con problemas en el aprendizaje y Mariana era molestada por otros niños. Para esta época, se supone que el niño ha logrado una mayor autonomía, lo que implica mayor capacidad para inhibir las descargas pulsionales, aspecto que se encuentra atrofiado en los niños de nuestro estudio, quienes para esta edad no habían tenido las experiencias de satisfacción derivadas de un ambiente facilitador, una madre y familia suficientemente buenas que les

proporcionara el sentimiento de seguridad indispensable para integrar los impulsos destructivos con los impulsos amorosos (Winnicott, 1967b); sin estos elementos, al niño le resulta muy difícil adaptarse a los círculos de relaciones más amplios y a las actividades que la escuela demanda. De este modo, estas primeras manifestaciones sintomáticas del trastorno, nos hablan de las fallas que las experiencias tempranas negativas han dejado en la estructura psíquica de los niños y que afectaron la capacidad de ésta para dominar las excitaciones; por otra parte, los remanentes de la intensa lucha pulsional que desde el nacimiento los ha puesto en jaque, ahora impele a la pulsión de muerte a hacerse presente a través de la destructividad, volcada tanto hacia otros semejantes como al mundo externo fuente de estímulos hostiles (Freud, 1914; 1915).

b). “El trauma de lo negativo”: derrumbe - detonador de la sintomatología.

Para Freud (1939 [1934-38]) la latencia implica la renuncia de lo pulsional, lo que ocurre a partir del desarrollo del superyó, instauración que se logra cuando el niño ha interiorizado las normas paternas, especialmente la prohibición del incesto; aspecto que es posible gracias al mayor fortalecimiento del yo que ahora es capaz de aplazar la satisfacción pulsional, siendo esta capacidad de diferimiento lo que establece el distingo entre proceso primario y proceso secundario. Los niños de este estudio, contrario a lo anterior, arribaron a la latencia (por llamar a este período de algún modo, ya que considero que no hay latencia visible en ellos) con un yo frágil y sin haber elaborado los conflictos de etapas previas, de tal modo que, como hemos observado, el proceso secundario resultó obstaculizado; en consecuencia, la sintomatología del trastorno se hizo más notable en la etapa escolar. Previamente se habían fijado las condiciones necesarias para el surgimiento de la psicopatología, pero los síntomas del trastorno se hicieron claramente evidentes hasta el arribo de la latencia, cuando apareció un detonante (Castoriadis-Aulagnier, 1975); acontecimiento sin sentido que irrumpe en la estructura, representa el derrumbe, “una ruptura en el acontecer cotidiano” (Berenstein, 1997; citado por Moguillansky, 1998, p. 714); que aunque en cada

LOS SÍNTOMAS DEL TDAH, SÓLO LA PUNTA DEL ICEBERG

Eva María Esparza Meza

niño fue diferente, se relaciona con la reactivación de lo negativo: ausencias, pérdidas, olvido, separaciones, interrupciones, violencia, decepción.

La cuestión de un acontecimiento aparentemente anodino, desencadenante de la aparatosa emergencia de los síntomas del trastorno (recordemos el caso de Alina), me lleva a plantear la existencia, en estos casos, de una *patología con características de analidad primaria* (Green, 1993) que tiene que ver con el “trauma de lo negativo”. Por trauma aludo a la conjugación de los efectos de dos factores (series complementarias): donde por un lado se encuentran las experiencias vividas en la infancia de los participantes, generadoras de daños psíquicos en el orden del narcisismo negativo; en tanto que el segundo factor nos remite al sufrimiento psíquico producido por “traumas acumulativos” (término que Green (1983) tomó de Masud Khan).

El concepto de trauma se refiere a una impresión infantil que por su intensidad no pudo ser tramitada y que, debido a la “mortificación narcisista”, produce daños en la estructuración psíquica (Freud, 1939 [1934-38]). En este sentido, Rousillon (1995) refiere la existencia de un trauma prepsíquico cuando el exceso tuvo lugar antes de que pudiera ser representado, lo que coincide con las experiencias de los niños con sufrimiento fetal y rechazo temprano; por otro lado, el trauma psíquico se inscribe como efecto de la incapacidad del niño para defenderse de la disritmia, es decir, de la falta de respeto a sus ritmos, lo que tiene consecuencias directas en la objetalización. Ambos aspectos encajan en todos los participantes, impresiones muy precoces de la angustia de desamparo e insuficiencia en la adaptación a sus ritmos, aflujos imposibles de representar pero que les dejaron huellas en su cuerpo y en la posibilidad de elaboración.

Aunado al trauma psíquico/prepsíquico, es necesario considerar la repercusión de los traumas acumulativos, acontecimientos que mantienen abierta la temprana herida narcisista y prolongan el sufrimiento psíquico (Green, 1983). Estos traumas suelen tener lugar en los ambientes caóticos, donde lo imprevisible da origen a la confusión y las dificultades en la integración del sí mismo; los niños que crecen en

LOS SÍNTOMAS DEL TDAH, SÓLO LA PUNTA DEL ICEBERG

Eva María Esparza Meza

estos contextos suelen manifestarse inquietos, con dificultades para concentrarse e incapaces de perdurar en una actividad (Winnicott, 1970); de ello da cuenta la evolución sintomática en nuestro participantes, que con el paso del tiempo se fue agravando y extendiendo sus efectos más allá del ámbito objetal, primero a la familia, luego al social y escolar. De estos acontecimientos desobjetalizantes nos informan frases como: *“abandoné [Erika] mucho a mi hijo”*; *“no le importo a mi mamá [Gabriel]”*. *“Todo se derrumbó nos quedamos sin nada... fue un tiempo en que casi no estuve... emocionalmente estaba muy mal [Paulina]”*. *“Quisiera [Mario] que fuera un niño normal... parece menso...siempre sale con sus comentarios tontos”*. *“Cuando nació mi segundo hijo [Silvia], fue muy estresante, se me olvidaba mi hija, la descuidé mucho y me alejé emocionalmente de ella”*. *“[Consuelo] si quería ir al kínder pero no dejaba el pañal...en ese tiempo yo estaba muy deprimida por la separación”*. *“Cuando su mamá [María sobre Jazmín] regresó, estaba embarazada de otro hombre”*.

Como parte de los acontecimientos desgarradores del psiquismo, identificamos el ambiente de violencia en el que generalmente se han desarrollado estos niños, violencia ejercida usualmente por la madre hacia el niño y violencia del padre a la madre presenciada por él; situación que en algunos casos se ha transmitido transgeneracionalmente. Se trata de un nuevo exceso perjudicial para el funcionamiento del yo y es que el efecto pernicioso de la violencia radica en la anulación del niño como sujeto, registrándose una pérdida de identidad. A través de la violencia el otro usurpa el deseo del niño, quien queda sin voz, privado del derecho a la autonomía de pensamiento, expropiado del deseo (Castoriadis-Aulagnier, 1975).

Dentro de los efectos de los traumas acumulativos incluyo también el abandono, falta de compromiso y/o exclusión del padre, aspecto que implica la negación del papel valorizante del padre en el psiquismo del niño y propicia el fracaso tanto de la función protectora como del establecimiento de la ley paterna, interdicción que prohíbe el incesto y que además de posibilitar al niño su reconocimiento como ser

singular, lo incorpora al orden social (Evans, 2007). Así mismo, la falta de presencia del padre impuso dificultades en la elaboración edípica, en la mayoría de los casos encontramos conflictos edípicos tardíos y prolongados (Gabriel, Antonio, Mariana, Daniel, Ariel) lo que a su vez interfirió con la estructuración psíquica y funcionamiento secundario.

Ante el trauma de lo negativo y el efecto de los traumas acumulativos, como antes mencioné, surge una problemática que Green (1993) denominó *analidad primaria*, patología que se conforma como defensa contra los efectos nocivos de las heridas narcisistas y la desestimación de la violencia, ya que “ofrece al yo oportunidad para sentirse vivo” (p. 394). Empero, antes de abordar las características de este trastorno, quisiera referirme al redoblamiento impuesto por la escuela.

c). La escuela: sombra de una realidad destructiva

Dado que los niños en la etapa escolar todavía son dependientes, Winnicott (1963a) sugirió que la escuela debiera ser una extensión de la familia; constituir un ambiente suficientemente bueno, donde el niño pueda desarrollar su potencial creativo, que promueva el enriquecimiento de su personalidad y de este modo, logre una existencia satisfactoria como miembro partícipe de una sociedad. Lejos estamos de tal situación, si bien podríamos decir que todos los niños de nuestro estudio ingresaron a la escuela con un bagaje psíquico deficitario, también es claro que las escuelas no parecen comprometerse suficientemente con los niños. Aunque la institución a la que asiste Daniel, es la única donde pueden jugar durante el descanso, aunado a su dificultad para libidinizar el mundo externo, la escuela representa un ambiente árido y poco estimulante donde él “se aburre” enormemente; no solamente es su desinterés, la escuela abona con su propio desinterés en los niños, siendo un lugar donde no se motiva al aprendizaje, ni se estimula la creatividad, de esta manera se convierte también en un espacio frío y, al igual que las madres, inaccesible.

LOS SÍNTOMAS DEL TDAH, SÓLO LA PUNTA DEL ICEBERG

Eva María Esparza Meza

En el resto de los casos, la escuela es escenario de la repetición donde los niños son personajes invisibles, rechazados, desvalorizados y estigmatizados, donde se responde a las necesidades del niño ya con indiferencia, ya con violencia; el contexto escolar ha adquirido el carácter de lugar del redoblamiento de la violencia (Castoriadis-Aulagnier, 1975), sombra de una realidad destructiva que busca el acatamiento y la sumisión, que en lugar de privilegiar la continuidad del ser, quebranta el devenir psíquico del niño. Si bien Gabriel, Alina y Antonio manifestaron comportamientos agresivos hacia sus compañeros, la institución escolar, en lugar de buscar alternativas de solución se limitó a condicionar su estancia, ya fuera a la medicación o a un comprobante de que estaban recibiendo atención psicológica; en este sentido, cabe recordar que en los casos de Gabriel, Alina y Mariana, se insta a los padres para que los niños sean medicados, siendo el caso más sobresaliente Alina, se condiciona su permanencia en la escuela a la medicación, la negativa de los padres resulta en rechazo y represalias hacia la niña; así mismo, la madre de Ariel fue convencida por la maestra para medicar al niño, aduciendo que la medicación no tiene efectos adversos.

Ninguna de las escuelas tenía conocimiento de la entrada en vigor desde 2008, de la ley (Cámara de diputados) que prohíbe la promoción del uso de medicamentos, que se expulse a los niños o se niegue la prestación de los servicios educativos a niños diagnosticados con TDAH, que condicione la aceptación o permanencia a la prescripción del tratamiento médico; resalta que en las instituciones educativas no existen mecanismos que garanticen una mejor convivencia entre los niños.

La falla en la instauración del superyó no está relacionada solamente a la fragilidad del yo y un Edipo que no se ha superado apropiadamente, también podemos ubicar el fracaso del “poder externo” (Freud, 1933 [1932], p. 57), primeramente en lo concerniente a la “autoridad parental”, pero también es necesario señalar el de aquéllos que en el curso del desarrollo “han pasado a ocupar el lugar de los padres, vale decir, educadores, maestros, arquetipos ideales” (p. 60); fracaso general de una sociedad que desatiende las necesidades

de los infantes, pero busca a toda costa su acatamiento. En este sentido, los síntomas del TDAH significan el recurso para rebelarse ante la imposición, para hacerse de un lugar en el mundo; debieran por otra parte, ser una advertencia de que la escuela está, además, fracasando en la tarea de promover el pensamiento autónomo y creativo del niño.

D). La analidad primaria: patología del TDAH

Basándome en los planteamientos de Green (1993), propongo que las historias de vida de los niños participantes en esta investigación, nos remiten a una patología de la analidad primaria, resultado de las carencias, heridas del narcisismo negativo y los traumas acumulativos. El niño se aferra a sus síntomas con un “sentimiento de propiedad” (p. 395), como si fuera lo único que lo habita, lo que llena las carencias dejadas por la pérdida narcisista. En esta patología, nos dice Green, las relaciones objetales van más allá de la ambivalencia, están signadas por un odio que lo ata permanentemente al objeto; de ahí la repetición con otros que semejan al objeto primario, que constantemente le devuelven una pobre imagen de sí mismo; dejando al yo en una condición de precariedad y confusión.

En este contexto, es pertinente recordar la propuesta de Freud (1917 [1916-17]) en relación a que el sentido de los síntomas, se entrelaza con las experiencias del individuo, aunque representan un costoso gasto de energía que empobrece a la persona, en ocasiones, el aparato psíquico no tiene otra salida que la formación de síntomas; de este modo, cuando la escuela no es capaz de ofrecer un sostén adecuado, reaparece la condición traumática, que el niño evade mediante la inatención, no es que no esté concentrado, sino que su pensamiento escapa hacia la fantasía: “*me distraigo hasta con las moscas [Antonio]*”; “*pienso en la forma de las nubes, en caricaturas [Mariana]*”; “*pongo mi mente en blanco [Daniel]*”.

La atención es una función del yo, que necesita estar fortalecido de un suficiente narcisismo para invertir con interés el mundo externo (Janin, 2006b); sin embargo, nuestros pacientes se han encontrado con un mundo en el que no tienen lugar, su

LOS SÍNTOMAS DEL TDAH, SÓLO LA PUNTA DEL ICEBERG

Eva María Esparza Meza

yo se ha conformado precariamente; cuando desde el exterior se le exige su atención, entonces parece que su yo retira esas investiduras, como las heces son retenidas para sí mismo, como una valiosa posesión que temiera perder. Por otra parte, el placer de aprender se deriva del placer previo de oír las dulces palabras maternas dirigida a él y de lo que antes haya encontrado en la mirada de la madre; en el caso de estos niños, hemos visto que la mirada materna no fue consistente y con mucha frecuencia solamente devolvió rechazo, en lo oído tampoco encontró placer; así, la desinversión temprana atrofió la curiosidad y el deseo de aprender, los procesos de pensamiento quedaron deslibidinizados, desprovistos de placer. La falta de una madre suficientemente buena, que otorgue satisfacción pero que al mismo tiempo frustra para que el niño logre la integración de su self, produjo una especie de “constipación” del deseo de aprender, dejarlo salir en respuesta a la exigencia externa representa el vacío de la carencia, efecto del narcisismo negativo.

No obstante la dificultad para atender, el síntoma que más perturba a los adultos es el componente hiperactividad-impulsividad, relacionado estrechamente con el comportamiento oposicionista-desafiante; representación psíquica de una pulsión anal que se debate entre la posibilidad de retener o evacuar (Green, 1993). En este sentido, Rousillon (1995) comenta que la motricidad sin control (hiperactividad) y los actos impulsivos significan el intento para elaborar la irrupción del exceso de excitación psíquica que amenaza la estructura, lo que influye en el debate entre contener – descargar. Estos síntomas implican un alto gasto de energía, ya que al constituir una mera evacuación motriz de la excitación, despojan al proceso de pensamiento de su energía, de ahí también las dificultades para mantener la atención. La descarga impulsiva no solamente constituye una defensa contra la desinversión objetual que padecieron, también implica un “esbozo” de representación, algo que quedó entre el pictograma y el pensamiento; si bien el niño logró contra su deseo, el control esfinteriano para retener al menos un poco de amor, como objeto anal de una madre fría y desinteresada, su oposición al sometimiento se proyecta en esta descarga incontrolable de

LOS SÍNTOMAS DEL TDAH, SÓLO LA PUNTA DEL ICEBERG

Eva María Esparza Meza

movimiento impulsivo y aparentemente sin sentido, manifestación del vínculo de odio que lo mantiene unido al objeto; posiblemente sea este significado el que perciben los adultos que lo rodean, que sienten un enorme disgusto ante las “evacuaciones”, fuera de lugar, del niño.

Parafraseando a Rousillon (1995), diría que la hiperactividad-impulsividad, como acto de descarga, pretende “hacer sentir” o “hacer vivir” al otro lo que el niño no puede representarse, pero que quedó impreso en su cuerpo (p.187). La hiperactividad y la impulsividad son actos en busca de sentido, de ligazón; representan la “revivencia de experiencias infantiles marcadas por la ausencia de respuestas maternas y por la descalificación de sus necesidades” (p.195), pero dado que no se encuentran representadas en el preconsciente, al niño le resulta muy difícil expresar en palabras; sus actos demandantes nuevamente son rechazados, lo que agrega mayor sentimiento de insatisfacción e incapacidad.

Para este autor, en consonancia con la propuesta de Green, la incapacidad para elaborar la excitación y aplazar la descarga, implica una falla en la estructuración de la “analidad retencional” que dificulta los procesos de libidinización y representación. Por esta razón, como expresara Green (1993), el oposicionismo para estos niños, es vital, representa el único medio para sentirse vivos, para hacerse del lugar que desde el deseo materno les fuera negado.

Los síntomas tienen la finalidad sustitutiva de atrapar la mirada del otro, aunque sea la mirada negativa de la hostilidad, adquieren la cualidad de ligar, actúan a favor de la pulsión de Eros. Me pregunto qué sería de estos niños sin sus síntomas, lo que me lleva a pensar que sin ellos se encontrarían despojados, en el vacío de la herida narcisista, presos de la indiferencia, a merced de los efectos destructivos de la pulsión de muerte. Los síntomas parecen significar un artillugio de la pulsión de Eros, una señal de que el niño vive, aunque sea al extraordinario costo de que su estructura psíquica quede sentida, vulnerable (Green, 1983).

LOS SÍNTOMAS DEL TDAH, SÓLO LA PUNTA DEL ICEBERG

Eva María Esparza Meza

Finalmente, considero pertinente agregar que esta investigación nos ha enseñado la inutilidad de enfrascarnos en la árida discusión sobre la existencia del trastorno; los que claman desesperadamente su existencia y defienden a pie juntillas la explicación neurológica, solamente ven al niño como una unidad biológica, desestiman su historia y psiquismo y en muchas ocasiones, solamente responden a los intereses monetarios de los grandes laboratorios médicos. Por otra parte, los que rechazan su existencia, tampoco ven al niño en tanto persona que sufre, negándole así la posibilidad de un tratamiento y una vida mejor.

Las historias de estos 6 niños nos han mostrado que, efectivamente, se trata de una problemática muy compleja, que requiere de una intervención interdisciplinaria a largo plazo; empero, para la postura neurobiológica el único tratamiento viable para el TDAH se fundamenta en la prescripción de medicamentos estimulantes, que el individuo deberá tomar casi de por vida (Barkley, 2009). Lejos de toda controversia excluyente del niño, el mejor tratamiento no será aquel que desdeñe su devenir y el papel que desempeña dentro de la escena social y familiar. Por supuesto que existen casos cuya gravedad impone la prescripción de medicamento, pero es indiscutible que se requiere del tratamiento psicoterapéutico de la familia, especialmente la madre y del niño; terapia que de entrada no pretenda eliminar los síntomas, pues eliminarlos es dejarlo en el desamparo, conducirlo a la muerte psíquica. En este sentido, el tratamiento psicoanalítico parte del reconocimiento de las necesidades del niño, de su historia, se ajusta a su ritmo y, lentamente, le devuelve el sentido a su existencia.

Para concluir agrego que la especificidad de cada historia, así como la singularidad del analista nos impone la necesidad de reconocer la imposibilidad de generalizar. A pesar de contar con un equipo de apoyo para el análisis, dadas las particularidades de cada caso, en esta tarea el psicoterapeuta está solo, como Aulagnier (1986a) señalara, “nadie puede reproducir exactamente la misma experiencia y confirmar o invalidar los resultados” (p. 89). Me conformo con abrir una puerta: la del deseo por saber.

REFERENCIAS

Academia Americana de Pediatría e Iniciativa Nacional en favor de la Calidad del Cuidado de Salud Infantil. (2005). *Escala de Evaluación NICHQ Vanderbilt*. Estados Unidos: Academia Americana de Pediatría.

Álvarez-Gayou, J. J. L. (2009). *¿Cómo hacer investigación cualitativa?* México: Paidós.

Amador, J. A., Forn, M. y Martorell, B. (2001). Características del trastorno por déficit de atención con hiperactividad. *Anuario de Psicología*, 32 (4), 5 – 21.

Amengual, G. (2007). El concepto de experiencia: de Kant a Hegel. *Tópicos*, 15, 5-30. Recuperado de:<<http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=28811907001>>

American Psychiatric Association (APA). (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition*. Arlington, V A: American Psychiatric Association.

Antshel, K. M., Macias, M. M. and Barkley, R. A. (2009). The Child with Attention Deficit Hyperactivity Disorder. En D. B. Ronald (Ed.). *Clinical Pediatric Neurology* (pp. 525 -539). New York: Demos Medical Pu.

Asociación Americana de Psiquiátrica (APA). (2002). López-Ibor, A. J. J. y Valdés, M. M. (trad.). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales DSM-IV-TR*. Barcelona: Elsevier Masson.

Aulagnier, P. (1986a). *Un intérprete en busca de sentido* (2ª Reimp. 2010). México: Siglo XXI.

Aulagnier, P. (1986b). Nacimiento de un cuerpo, origen de una historia. En: L. Hornstein (Comp. 1991). *Cuerpo, historia, interpretación* (pp. 117-170). Buenos Aires: Paidós.

Aulagnier, P. (12-10-2002). *Diálogo con Piera Aulagnier*. Entrevistador: Hornstein, L. Recuperado de:

http://www.antroposmoderno.com/antro-articulo.php?id_articulo=202

Barkley, R. A. (1997). Behavioral Inhibition, Sustained Attention, and Executive Functions: Constructing a Unifying Theory of ADHD. *Psychological Bulletin*, 121 (1), 65-94.

LOS SÍNTOMAS DEL TDAH, SÓLO LA PUNTA DEL ICEBERG

Eva María Esparza Meza

Barkley, R. A. (2 June 2002). Declaración de Consenso Internacional sobre el TDAH. *Clinical Child and Family Psychology Review*, 5 (2). Recuperado de: <http://www.russellbarkley.org/factsheets/Consenso2002.pdf>

Barkley, R. A. (2006). History. En Barkley, R. A. and Murphy, K.R. (Eds.). *Attention-deficit Hyperactivity disorder: A Clinical Workbook*, Vol. 2. (pp. 3-75). New York: Guilford Press.

Barkley, R. A. (2009). Avances en el diagnóstico y la subclasificación del trastorno por déficit de atención/hiperactividad: qué puede pasar en el futuro respecto al DSM-V. *Revista de Neurología*, 48 (2), S101-S106.

Barragán, P. E. et al. (2007). Primer consenso latinoamericano de trastorno por déficit de atención e hiperactividad. *Bol Med Hosp Infant Mex*, 64, 326- 343.

Barrios, A. O. (2006). *El trastorno por déficit de atención con hiperactividad en niños de primero a sexto grado de escuelas públicas de la ciudad de Guadalajara*. (Tesis de maestría). Universidad de Guadalajara. Jalisco, México.

Baughman, F. (13 July 2003). Carta de Fred Baughman a la [US] Federal Trade Commission. En B. Collier. *The Candlelight Project. ADHD-Report.com*. Recuperado de: http://adhd-report.com/biopsychiatry/bio_2.html

Benasayag, L. (Comp.). (2007). *ADHD. Niños con déficit de atención e hiperactividad ¿Una patología de mercado?* Buenos Aires: Novedades Educativas.

Bleichmar, S. (2006). Las hiperkinéticas certezas del ser. Niños desatentos e hiperactivos. *La patologización de la infancia*. Recuperado de: www.foumadd.com.ar/articulo.htm

Bleichmar, S. et al. (18/10/2007). *Consenso de expertos del área de la salud sobre el llamado "Trastorno por Déficit de Atención con o sin Hiperactividad"*. Simposio ADD – Niños desatentos e hiperactivos. Argentina. Recuperado de: <http://www.forumadd.com.ar/consenso.htm>

Bleger, J. (1971). Cuestiones metodológicas del psicoanálisis. En D. Ziziensky (Ed). *Métodos de investigación en psicología y psicopatología*. Buenos Aires: Nueva Visión.

Bogdana, M. & Doina, C. (2012). Comparative study of multimodal and pharmacological therapy in treating school aged children with ADHD. *Applied Medical Informatics*, 31 (3), 55-63.

LOS SÍNTOMAS DEL TDAH, SÓLO LA PUNTA DEL ICEBERG

Eva María Esparza Meza

Braconnier, A. y Murcia, S. (2008). Experiencias y funciones del narcisismo en los trastornos de personalidad en el niño y en el adolescente. *Psicopatol. Salud ment*, 11, 61-64.

Bradley, C. (1937). The behavior of children receiving benzedrine. *The American Journal of Psychiatry*, 94, 577-585.

Bradley, C. (1950). Benzedrine® and Dexedrine® in the Treatment of Children's Behavior Disorders. *PEDIATRICS*, 5 (1), 24 -37.

Braier, E. (2001). Las heridas narcisistas en el trauma psíquico temprano. Teoría y clínica. *Intercanvis*, 6, 21-24. Recuperado de: <http://intercanvis.es/pdf/06/06-03.pdf>

Brown, T. (2006). Executive Functions and Attention Deficit Hyperactivity Disorder: Implications of two conflicting views. *International Journal of Disability, Development and Education*, 53 (1), 35 – 46.

Cámara de Diputados del H. Congreso de la Unión. (28 de mayo de 2008). *Proyecto de decreto que reforma y adiciona diversas disposiciones de la Ley General de Educación. Dictamen LX/III/1/065*. Recuperado de: www3.diputados.gob.mx/camara/content/download/.../file/TDAH.pdf

Cambell, A. O. A. y Figueroa, D. A. S. (2000). Trastorno del Déficit de la Atención-hiperactividad (TDAH). Tópicos de Controversia en su Diagnóstico y Tratamiento. *Boletín Clínico del Hospital Infantil del Estado de Sonora*, 17, 49-67.

Castoriadis-Aulagnier, P. (1975). *La violencia de la interpretación. Del pictograma al enunciado*. (7ª Reimp. 2007). Buenos Aires: Amorrortu.

Cione G. F., Coleburn L. A., Fertuck E. A. & Fraenkel P. (2011). Psychodynamic Play Therapy With a Six-Year-Old African American Boy Diagnosed With ADHD. *Journal of Infant, Child, and Adolescent Psychotherapy*, 10,130-143.

Coghill, D. and Seth, S. (2011). Do the diagnostic criteria for ADHD need to change? Comments on the preliminary proposals of the DSM-5 ADHD and Disruptive Behavior Disorders Committee. *Eur Child Adolesc Psychiatry*, 20, 75–81. Doi: 10.1007/s00787-010-0142-4

Comstock, E. J. (2011). The End of Drugging Children: Toward the Genealogy of the ADHD Subject. *Journal of the History of the Behavioral Sciences*, 47(1), 44–69. Doi: 10.1002/jhbs.20471

LOS SÍNTOMAS DEL TDAH, SÓLO LA PUNTA DEL ICEBERG

Eva María Esparza Meza

Collett, B. R.; Ohan, J. L and Myers, K. M. (2003). Ten year review of rating scales. V: Scales assesing attention-deficit/hyperactivity disorder. *J. A. Acad. Child Adolesc. Psychiatry*, 42 (9), 1015-1037.

Chronis, T. A. and Stein, M. A. (2012). Pharmacotherapy for Parents with Attention-Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD). Impact on Maternal ADHD and Parenting. *CNS Drugs*, 26 (9), 725-732.

Díaz, P. I. (1998). Técnica de la Entrevista Psicodinámica. México: Ed. Pax.

Diccionario de psicoanálisis (s.f.). Recuperado de:

<http://www.elortiba.org/dicpsi/de.html>

Diller, L. H. (1999). *Running on Ritalin: A Physician Reflects on Children, Society, and Performance in a Pill*. New York: Bantam.

Diller, L. H. (12/23/2013). *My Uneasy Marriage to Ritalin*. Posted first: on the Huffington Post. Recuperado de: http://www.huffingtonpost.com/larry-diller/ritalin_b_4470702.html?view=screen

Dirección General de Servicios de Salud Mental (2002). *Programa de acción: Salud Mental*. México: Secretaría de Salud. Recuperado de:

http://sersame.salud.gob.mx/pdf/pasm_cap3.pdf

Dolto, F. (1981). *En el juego del deseo* (9ª Ed. 2006). México: Siglo XXI.

Efron, A. M.; Fainberg, E.; Kleiner, Y.; Sigal, A. M. y Woscoboinik, P. (2001). La hora de juego diagnóstica. En M. L. Siquier de Ocampo; A. M. E. García y E. Grassano (Comp.). *Las técnicas proyectivas y el proceso psicodiagnóstico* (pp. 195-221). Buenos Aires: Nueva Visión.

Eisenberg, L. (1972). Symposium: Behavior modification by drugs. III. The clinical use of stimulant drugs in children. *Pediatrics*, 49, (5), 709 – 715.

Eisenberg, L. (2007). Commentary with a Historical Perspective by a Child Psychiatrist: When “ADHD” Was the “Brain-Damaged Child”. *Journal of child and adolescent psychopharmacology*, 17(3), 279-283. doi: 10.1089/cap.2006.0139

Eresund, P. (2007). Psychodynamic psychotherapy for children with disruptive disorders. *Journal or Child Psychotherapy*, 33 (2), 161-181.

LOS SÍNTOMAS DEL TDAH, SÓLO LA PUNTA DEL ICEBERG

Eva María Esparza Meza

Escardíbul M., Mabres M., Martínez B., Montaner A. y Segú S. (2012). Guía de práctica clínica sobre el Trastorno por Déficit de Atención con o sin Hiperactividad (TDAH). En M. Mabres (Coord.). *Hiperactividades y déficit de atención. Comprendiendo el TDAH* (pp. 19-50). Barcelona: Octaedro.

Escobar, R., Soutullo, C., Sebastián, J., Fernández, E., Julián, I. y Lahortiga, F. (2005). Seguridad y eficacia de la atomoxetina en niños con trastorno por déficit de atención/hiperactividad (TDAH): fase inicial durante 10 semanas en estudio de prevención de recaídas en muestra española. *Actas Esp Psiquiatr*, 33(1), 26-32.

Esparza, M. E. M. y González, M. D. R. (octubre 2010). *Conflictos emocionales en niños con trastorno por déficit de atención e hiperactividad*. Trabajo presentado en el XVIII Congreso Mexicano de Psicología, México, D. F.

Espinoza, J. (1973). Sufrimiento fetal. *Rev. Chilena Pediatría*, Vol. 44, No 6. Recuperado de: www.scielo.cl/pdf/rcp/v44n6/art02.pdf

Evans, D. (2007). *Diccionario introductorio de psicoanálisis lacaniano*. Buenos Aires: Paidós.

Ferrant, A. (2008). La ausencia y sus afectos. *Revista Uruguay de Psicoanálisis*, 107, 90-106.

Ferrarotti, F. (2007). Las historias de vida como método. *Convergencia*, 44, 15-40.

Freud, A. (1971). *Normalidad y Patología en la niñez* (9ª Reim. 1997). Buenos Aires: Paidós.

Freud, S. (1892-99). *Fragmentos de la correspondencia con Fliess*. Obras Completas, Vol. I (7ª Reimp. 2001). Buenos Aires: Amorrortu.

Freud, S. (1950 [1895]). *Proyecto de psicología*. Obras Completas, Vol. I (7ª Reimp. 2001). Buenos Aires: Amorrortu.

Freud, S. (1893-95). *Estudios sobre la histeria*. Obras Completas, Vol. II (7ª Reimp. 2002). Buenos Aires: Amorrortu.

Freud, S. (1895). *A propósito de las críticas a la neurosis de angustia*. Obras Completas, Vol. III (7ª Reimp. 2002). Buenos Aires: Amorrortu.

----- (1900). *La interpretación de los sueños*. Obras Completas, Vol. IV (9ª Reimp. 2001). Buenos Aires, Amorrortu.

LOS SÍNTOMAS DEL TDAH, SÓLO LA PUNTA DEL ICEBERG

Eva María Esparza Meza

----- (1900). *La interpretación de los sueños (continuación)*. Obras Completas, Vol. IV (8ª Reimp. 2000). Buenos Aires, Amorrortu.

----- (1905). *Tres ensayos de teoría sexual*. Obras Completas, Vol. VII (12ª Reimp. 2003). Buenos Aires, Amorrortu.

----- (1911). Formulaciones sobre los dos principios del acaecer psíquico. Obras Completas, Vol. XII (8ª Reimp. 2001). Buenos Aires, Amorrortu.

----- (1914). *Introducción del Narcisismo*. Obras Completas, Vol. XIV (10ª Reimp. 2003). Buenos Aires, Amorrortu.

----- (1915). *Pulsiones y destino de pulsión*. Obras Completas, Vol. XIV (10ª Reimp. 2003). Buenos Aires: Amorrortu.

----- (1915). *Lo inconsciente*. Obras Completas, Vol. XIV (10ª Reimp. 2003). Buenos Aires: Amorrortu.

----- (1917 [1915]). *Complemento metapsicológico a la doctrina de los sueños*. Obras Completas, Vol. XIV (10ª Reimp. 2003). Buenos Aires, Amorrortu.

----- (1917 [1916-17]). *17ª conferencia. El sentido de los síntomas*. Obras Completas, Vol. XVI (8ª Reimp. 2000). Buenos Aires: Amorrortu.

----- (1917 [1916-17]). *20ª Conferencia. La vida sexual de los seres humanos*. Obras Completas, Vol. XVI (8ª Reimp. 2000). Buenos Aires: Amorrortu.

----- (1917 [1916-17]). *21ª Conferencia. Desarrollo libidinal y organizaciones sexuales*. Obras Completas, Vol. XVI (8ª Reimp. 2000). Buenos Aires: Amorrortu.

----- (1917 [1916-17]). *23ª Conferencia. Los caminos de la formación de síntomas*. Obras Completas, Vol. XVI (8ª Reimp. 2000). Buenos Aires: Amorrortu.

----- (1917 [1916-17]). *25ª conferencia. La angustia*. Obras Completas, Vol. XVI (8ª Reimp. 2000). Buenos Aires: Amorrortu.

----- (1917 [1916-17]). *26ª conferencia. La teoría de la libido y el narcisismo*. Obras Completas, Vol. XVI (8ª Reimp. 2000). Buenos Aires: Amorrortu.

----- (1920). *Más allá del principio del placer*. Obras Completas, Vol. XVIII (9ª Reimp. 2001). Buenos Aires: Amorrortu.

----- (1923). *El yo y el ello*. Obras Completas, Vol. XIX (9ª Reimp. 2003). Buenos Aires: Amorrortu.

LOS SÍNTOMAS DEL TDAH, SÓLO LA PUNTA DEL ICEBERG

Eva María Esparza Meza

----- (1933 [1932]). *31ª Conferencia. La descomposición de la personalidad psíquica*. Obras Completas, Vol. XXII (5ª Reimp.1975). Buenos Aires: Amorrortu.

----- (1933 [1932]). *33ª Conferencia. La feminidad*. Obras Completas, Vol. XXII (5ª Reimp. 1975). Buenos Aires: Amorrortu.

----- (1937). *Construcciones en el análisis*. Obras Completas, Vol. XXIII (6ª Reimp. 2001). Buenos Aires: Amorrortu.

----- (1939 [1934-38]). *Moisés y la religión monoteísta*. Obras Completas, Vol. XXIII (6ª Reimp. 2001). Buenos Aires: Amorrortu.

----- (1940 [1938]). *Esquema del psicoanálisis*. Obras Completas, Vol. XXIII (6ª Reimp. 2001). Buenos Aires: Amorrortu.

Foley M. (2011). A comparison of family adversity and family dysfunction in families of children with attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) and families of children without ADHD. *Journal for Specialists in Pediatric Nursing*, 16, 39–49. doi: 10.1111/j.1744-6155.2010.00269.x

Furman, L. (2005). What is Attention-Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD)? *J. Child Neurol*, 20, 994-1002.

García, J. (2012). Los fundamentos filosóficos de la Bioética en el análisis de la investigación en niños con diagnóstico: Trastorno de déficit de atención e hiperactividad (TDAH). *Pensamiento Americano*, 53-62.

Gol, D. and Jarus, T. (2005). Effect of a social skills training group on everyday activities of children with attention deficit hyperactivity disorder. *Developmental Medicine & Child Neurology*, 47(8), 539-545.

Green, A. (1983). *Narcisismo de vida narcisismo de muerte* (4ª Reimp. 2005). Buenos Aires: Amorrortu.

Green, A. (1993). *El trabajo de lo negativo* (1ª Reimp. 2006) Buenos Aires: Amorrortu.

Greene, R. W. and Ablon, J. S. (2001). What Does the MTA Study Tell Us About Effective Psychosocial Treatment for ADHD? *Journal of Clinical Child Psychology*, 30 (1), 114–121.

LOS SÍNTOMAS DEL TDAH, SÓLO LA PUNTA DEL ICEBERG

Eva María Esparza Meza

Günter, M. (2014). Attention déficit hyperactivity disorder (ADHD): An affect-processing and thought disorder? *Int J Psychoanal*, 95, 43-66. doi: 10.1111/1745-8315.12081.

Hechtman, L. et al. (2004). Children with ADHD treated with long-term methylphenidate and multimodal psychosocial treatment: Impact on parental practices. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 43 (7), 830-838.

Hodgkins, P., Shaw, M., McCarthy, S. and Sallee, F. R. (2012). The pharmacology and clinical outcomes of amphetamines to treat ADHD. *CNS Drugs*, 26 (3), 245-268.

Howe, D. (2010). ADHD and its comorbidity: An example of gene environment interaction and its implications for child and family social work. *Child and family Social Work*, 15 (3), 265-275.

Icart, P. A. (2008). Tratamiento familiar de un niño hiperactivo. *Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente*, 45/46, 15-28.

Janin, B. (2006a). El ADHD y los diagnósticos en la infancia: La complejidad de las determinaciones. *Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente*, 41/42, 83- 110.

Janin, B. (2006b). ¿Síndrome de ADHD? Aportes psicoanalíticos sobre los trastornos de la atención y la hiperkinesia. *Niños desatentos e hiperactivos. La patologización de la infancia*. Recuperado de: www.forumadd.com.ar/articulos.htm

Janin, B. (Coord.) (2007). *Niños desatentos e hiperactivos. ADD/ADHD*. Buenos Aires: Novedades Educativas.

Jara, S. A. B. (2009). El TDAH, Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad, en las clasificaciones diagnósticas actuales (C.I.E.10, D.S.M.IV-F Y C.F.T.M.E.A.-R 2000). *Norte de Salud Mental*, 35, 30-40. Recuperado de: www.ome-aen.org/NORTE/35/NORTE_35_050_30-40.pdf

Joffre, V. V. M., García, M. G. y Martínez, P. G. (2007). Trastorno por déficit de la atención e hiperactividad. Un estudio descriptivo en niños mexicanos atendidos en un hospital psiquiátrico. *Bol. Med. Hosp. Infant. Mex.* 64, 153-160.

Jones, B. (2011). The Reality-Sampling Deficit and ADHD: Indication for an Active Technique. *Journal of Infant, Child, and Adolescent Psychotherapy*, 10, 73–86. doi: 10.1080/15289168.2011.575708

LOS SÍNTOMAS DEL TDAH, SÓLO LA PUNTA DEL ICEBERG

Eva María Esparza Meza

Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes (JIFE) (2009). *Informe de la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes correspondiente a 2008*. Nueva York: Publicación de las Naciones Unidas. Recuperado de:

https://www.incb.org/documents/Publications/AnnualReports/AR2008/AR_2008_Spanish.pdf

Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes (JIFE) (2013): *Informe de la Junta Internacional de Fiscalización de Estupefacientes correspondiente a 2012*. Nueva York: Publicación de las Naciones Unidas. Recuperado de:

http://www.incb.org/documents/Publications/AnnualReports/AR2012/Chapter_II/AR_2012_S_Chapter_II_Abuse_Pharma.pdf

Kavale, Kenneth. (1982). The Efficacy of Stimulant Drug Treatment for Hyperactivity: A Meta-Analysis. *J Learn Disabil*, 15, 280-289.

Kean, B. (2005). The Risk Society and Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD): A Critical Social Research Analysis Concerning the Development and Social Impact of the ADHD Diagnosis. *Ethical Human Psychology and Psychiatry*, 7 (2).

Klein, R. G., Abikoff, H., Hechtman, L. and Wiess, G. (2004). Design and rationale of controlled study of long-term methylphenidate and multimodal psychosocial treatment in children with ADHD. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 43 (7), 792-801.

Langer, M. (1987). *Maternidad y sexo*. México: Paidós.

Laplanche, J. y Pontalis, J.B. (2004). *Diccionario de Psicoanálisis*. Buenos Aires: Paidós.

Lasa Z. A. (2001). Hiperactividad y trastornos de la personalidad I. Sobre la hiperactividad. *Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del niño y del adolescente*, 31/32, 5 -81.

Lasa, Z. A. y Moya, J. (2012). Discusión a partir de la Guía de práctica clínica sobre el TDAH y de los casos clínicos presentados. En M. Mabrés (Coord.). *Hiperactividades y déficit de atención. Comprendiendo el TDAH* (pp. 101-117). Barcelona: Octaedro.

Leuzinger, B. M. (2010). Psychoanalytic Preventions/Interventions and Playing "Rough-and-Tumble" Games: Alternatives to Medical Treatments of Children

LOS SÍNTOMAS DEL TDAH, SÓLO LA PUNTA DEL ICEBERG

Eva María Esparza Meza

Suffering from ADHD. *International Journal of Applied Psychoanalytic Studies*, 7(4), 332–338. doi: 10.1002/aps.270

Leuzinger, M., Laezer, K. L., Pfenning, M. N., Fischmann, T., Wolff, A. and Green, J. (2011). Psychoanalytic Treatment of ADHD Children in the Frame of Two Extraclinical Studies: The Frankfurt Prevention Study and the EVA Study. *Journal of Infant, Child, and Adolescent Psychotherapy*, 10, 32-50.

Mabres, M. (Coord.) (2012). *Hiperactividades y déficit de atención. Comprendiendo el TDAH*. España: Octaedro.

Mahon, A. D., Woodruff, M. E., Horn, M. P., Marjerrison, A. D. and Cole, A. S. (2012). Effect of stimulant medication use by children with ADHD on heart rate and perceived exertion. *Adapted Physical Activity Quarterly*, 29, 151-160.

Marcelli, D. y Ajuriaguerra de, J. (2004). *Psicopatología del niño*. Barcelona: Masson.

Marucco, N. (2006). Actualización del concepto de trauma en la clínica analítica. *Revista de Psicoanálisis*, 63 (1), 9-19. Recuperado de: <http://www.psicomundo.com/apa/63-1.htm>

Mas, P. C. (2009). ADHD in the Psychological Clinical Practice. *Clínica y Salud*, 20 (3), 249-259. Recuperado de:

<http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-52742009000300006&lng=es&nrm=iso>

McKeown C., Hisle-Gorman E., Eide M., Gorman G. H. and Nylund, C. M. (2013). Association of Constipation and Fecal Incontinence With Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Pediatrics*, 132:5, e1210-e1215.

doi:10.1542/peds.2013-1580.

Menéndez, B. I. (2001). Trastorno de déficit de atención con hiperactividad: clínica y diagnóstico. *Rev Psiquiatr Psicol Niño y Adolesc*, 4(1), 92-10.

Michaca, P. (1987). *Desarrollo de la Personalidad. Teorías de las relaciones de objeto*. México: Pax.

Miró, M. T. (2012). A modo de conclusión. En M. Mabres (Coord.). *Hiperactividades y déficit de atención. Comprendiendo el TDAH* (pp. 119-121). Barcelona: Octaedro.

LOS SÍNTOMAS DEL TDAH, SÓLO LA PUNTA DEL ICEBERG

Eva María Esparza Meza

Moguillansky, R. (1998). Los afectos y el papel de lo negativo en la constitución de la realidad psíquica. Notas sobre la perplejidad. *Psicoanálisis APdeBA*, XX (3), 705 - 729.

Monserat, A. (2007). La hiperactividad con trastornos de atención en el niño: la función materna y su holding defectuoso. *Cuestiones de infancia*, 11, 117-135. Recuperado de: <http://dspace.uces.edu.ar:8180/xmlui/handle/123456789/80>

MTA Cooperative Group. (1999). A 14-month randomized clinical trial of treatment strategies for attention – déficit/hyperactivity disorder. *Archgen Psychiatry*, 56, 1073-1086. Recuperado de: <http://archpsyc.jamanetwork.com/>

MTA Cooperative Group. (2004). National Institute of Mental Health Multimodal Treatment Study of ADHD Follow-up: Changes in Effectiveness and Growth After the End of Treatment. *PEDIATRICS*, 113 (4), 762-769.

Müller, U.C. et al. (2011). The impact of study design and diagnostic approach in a large multi-centre ADHD study. Part 1: ADHD symptom patterns. *BMC Psychiatry*, 11-54. doi: 10.1186/1471-244X-11-54. Recuperado de:

<http://www.biomedcentral.com/1471-244X/11/54>

Nigg, J. T., Tannock, R. and Rohde, L. A. (2010). What Is to Be the Fate of ADHD Subtypes? An Introduction to the Special Section on Research on the ADHD Subtypes and Implications for the DSM–V. *Journal of Clinical Child & Adolescent Psychology*, 39(6), 723–725. Doi: 10.1080/15374416.2010.517171

National Institute of Health (NIH). (Nov. 16-18, 1998). Consensus Development Conference on Diagnosis and Treatment of Attention Deficit Hyperactivity Disorder. Recuperado de:

<http://consensus.nih.gov/1998/1998AttentionDeficitHyperactivityDisorder110program.pdf>

National Institute of Health (NIH). Attention Deficit Hyperactivity Disorder (ADHD). Recuperado de:

<http://www.nimh.nih.gov/health/topics/attention-deficit-hyperactivity-disorder-adhd/index.shtml>

Olza, F. I., Serrano, D. E y Muñoz, C. L. (2011). Lactancia para psiquiatras: Recomendaciones sobre el empleo de psicofármacos en madres lactantes. *Archivos de Psiquiatría*, 74, 2. Recuperado de:

LOS SÍNTOMAS DEL TDAH, SÓLO LA PUNTA DEL ICEBERG

Eva María Esparza Meza

http://www.aeped.es/sites/default/files/4-lactancia_para_psiquiatras.pdf

Palacio, J. D., Peña de la, O. F., Palacios-Cruz L. y Ortiz-León, S. (2009). Algoritmo latinoamericano de tratamiento multimodal del trastorno por déficit de atención e hiperactividad (TDAH) a través de la vida. *Rev. Colomb. Psiquiat.*, 38 (S1), 35S - 65S.

Palacio, J. D., Ruiz, G. M., Bauermeister, J. J., Montiel, N. C., Henao, G. C. y Agosta, G. (2009). Algoritmo de tratamiento multimodal para preescolares latinoamericanos con trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH). *Salud Mental*, 32 (S1), S3-S16.

Palacios, C. L., Peña de la, F., Valderrama, A., Patiño, R., Calle, P. S. P. y Ulloa, R. E. (2011). Conocimientos, creencias y actitudes en padres mexicano acerca del trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH). *Salud Mental*, 34 (2), 149 -155.

Pedraza V. S. F., Perdomo C. M. y Hernández M. N. (2009). Terapia narrativa en la coconstrucción de la experiencia y el afrontamiento familiar en torno a la impresión diagnóstica de TDAH. *Universitas Psychologica*, 8 (1), 199 – 214.

Peláez, J. G. P. (2009). Hiperactividad: ¿Síntoma o trastorno? ¿De qué o de quién? *Revista electrónica PSYCONEX*, 1, (2).

Peña de la, F., Palacio, J.D. y Barragán, E. (2010). Declaración de Cartagena para el Trastorno por Déficit de Atención con Hiperactividad (TDAH): rompiendo el estigma. *Rev. Cienc. Salud*, 8 (1), 95-100.

Pérez de Plá, E. (2009). Exceso y confusión en el diagnóstico de TDAH. Estudios sobre psicosis y retardo mental. Procesos de simbolización en los problemas graves del desarrollo: juego, lenguaje y pensamiento. *AMERPI. Grupo TESEO*, 7, 24-39.

Pimentel, A. J. (2009). *Diccionario latín-español, español- latín*. México: Porrúa.

Pool, A. (2007). Diagnóstico estructural a través de la prueba persona bajo la lluvia en niños y niñas de 9 a 11 años de edad, víctimas de agresiones sexuales crónicas. *Psykhé*, 16 (2), 117-128. Recuperado de:

<http://dx.doi.org/10.4067/S0718-22282007000200010>

Prandi M. (2010). ADHD un nombre para la falla de la función de inhibición. *Acheronta Revista de Psicoanálisis y Cultura*, 26, 186-171.

LOS SÍNTOMAS DEL TDAH, SÓLO LA PUNTA DEL ICEBERG

Eva María Esparza Meza

Protocolo Clínico de la ABM. (2008). Uso de Antidepresivos en Madres Lactantes. *BREASTFEEDING MEDICINE*, 3, (1), DOI: 10.1089/bfm.2007.9978

Punta, R. M. (2007). El ADD/ADHD como caso testigo de la patologización de la diferencia. En L. Benasayag (Comp.). *Niños con Déficit de atención e hiperactividad ¿Una patología de mercado?* (Cap.3). Buenos Aires: Novedades Educativas.

Rafalovich, A. (2001). Psychodynamic and Neurological Perspectives on ADHD: Exploring Strategies for Defining a Phenomenon. *Journal for the Theory of Social Behaviour*. 31(4), 398-418.

Reiff, M. I. (Ed.). (2011). *ADHD. What every parent needs to know*. Illinois, USA: American Academy of Pediatrics.

Reséndiz, A. J. C. et al. (2005). Estudio multicéntrico, abierto, para evaluar eficacia y seguridad de metilfenidato de liberación controlada en niños con trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH). *Boletín Médico del Hospital Infantil de México*, 62 (3), 168-176. Recuperado de:

http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-11462005000300003&lng=es&tlng=es.

Rousillon, R. (1995). *Paradojas y situaciones fronterizas del psicoanálisis*. España: Amorrortu.

Ruiz, G. M., Garza, M. S., Sánchez, G. O. y Loredó, A. A. (2003). Conclusiones del consenso de expertos sobre el tratamiento farmacológico del trastorno por déficit de la atención con o sin hiperactividad. *Bol Med Hosp Infan Mex*, 60, 349-355.

Rydell, A. M. (2010). Factores familiares y conductas disruptivas de los niños. Una investigación de los vínculos entre las características demográficas, los eventos de vida negativos y los síntomas del trastorno oposicionista desafiante y el TDAH. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 45 (2), 233 - 244.

Sajid A., Poor M. C. and Diaz, D. R. (2010). Overview of ADHD. Recuperado de: www.americanpsychotherapy.com

Salomonsson, B. (2011). Psychoanalytic conceptualizations of the internal object in an ADHD child. *Journal of Infant, Child, and Adolescent Psychotherapy*, 10, 87-102.

LOS SÍNTOMAS DEL TDAH, SÓLO LA PUNTA DEL ICEBERG

Eva María Esparza Meza

Sciberras, E., Efron, D., Schilpzand, J. E., Anderson, V., Jongeling, B., Hazell, P., Ukoumunne, O. and Nicholson, M. J. (2013). The Children's Attention Project: a community based longitudinal study of children with ADHD and non-ADHD controls. *BMC Psychiatry*, 13,18. Recuperado de:

<http://www.biomedcentral.com/1471-244X/13/18> doi: 10.1186/1471-244X-13-18

Secretaría de Salud (2002). *Prevención, diagnóstico y manejo de la preeclampsia/eclampsia*. México: Secretaría de Salud.

Segú. S. (2012). Aspectos sociales relacionados con la sintomatología del TDAH. En M. Mabres (Coord.). *Hiperactividades y déficit de atención. Comprendiendo el TDAH* (pp. 11-18). Barcelona: Octaedro.

Seitler B. N. (2011). Is ADHD a Real Neurological Disorder or Collection of Psychosocial Syntomatic Behaviors? Implications for Treatment in the Case of Randall E. *Journal of Infant, Child and Adolescent Psychotherapy*, 10, 116-129.

Serrano, T. E., Guidi, M. y José Ángel Alda, D. J. A. (2013). ¿Es el tratamiento psicológico eficaz para el trastorno por déficit de atención con hiperactividad (TDAH)? Revisión sobre los tratamientos no farmacológicos en niños y adolescentes con TDAH. *Actas Española de Psiquiatría*, 41(1), 44-51.

Simšek, S., Gökcen, C. and Fettahoglu, E. C. (2012) Attention deficit hyperactivity disorder (ADHD) and other psychiatric symptoms in parents of children with ADHD. *The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences*, 5 (3), 230-239. doi: 10.5350/DAJPN2012250305.

Singh, I., Kendall, T., Taylor, C., Mears, A., Hollis, Ch., Batty, M. & Keenan, S. (2010). Young people's experience of ADHD and stimulant medication: A qualitative study for the NICE guideline. *Child and Adolescent Mental Health*, 15, (4), 186–192. doi: 10.1111/j.1475-3588.2010.00565.x

Smoyak, S. A. (2008). Attention-Deficit/Hiperactivity Disorder. Questions and controversies. *Journal of Psychosocial Nursing*, 46 (8), 8-19.

Sociedad Mexicana de Psicología (2009). *Código ético del psicólogo*. México: Ed. Trillas.

Soutullo, E. C. (2003). Diagnóstico y tratamiento farmacológico del trastorno por déficit de atención e hiperactividad. *Med Clin (Barc)*, 120 (6), 222-226.

LOS SÍNTOMAS DEL TDAH, SÓLO LA PUNTA DEL ICEBERG

Eva María Esparza Meza

Stolzer, J. M. (2007). The ADHD Epidemic in America. *Ethical Human Psychology and Psychiatry*, 9 (7), 109- 11.

Taborda, A. y Abraham, M. A. (2007). Algunas consideraciones respecto al diagnóstico y tratamiento farmacológico del TDA- TDAH. *Cuadernos de Psiquiatría y Psicoterapia del Niño y del Adolescente*, 43/44, 195-230.

The MTA Cooperative Group. (1999). A 14-Month Randomized Clinical Trial of Treatment Strategies for Attention-Deficit/Hyperactivity Disorder. *Arch Gen Psychiatry*, 56 (12), 1073-1086. doi: 10.1001/archpsyc.56.12.1073.

Vander P. B. K., Chronis T. A., and Stein A. M. (2010). ADHD and Mood Symptoms in Mothers of Children with ADHD. *CML – Psychiatry*, 21(1), 1–13. Recuperado de: www.currentmedicalliterature.com

Van-Wielink M. G. (2000). *Déficit de atención con hiperactividad*. México: Impresora Formal.

Vásquez, M.J., Cárdenas, E. M., Feria, M., Benjet, C., Palacios, L., Peña de la, O. F. (2010). *Guía clínica para el Trastorno por Déficit de Atención e Hiperactividad*. Eds. Berenzon, S., Del Bosque, J., Alfaro, J., Medina-Mora, M. E. México: Instituto Nacional de Psiquiatría Ramón de la Fuente. (Serie: Guías Clínicas para la Atención de Trastornos Mentales).

Verreault M., Verret C., Masse´ L., Lageix P., et Guay M. C. (2011). Impacts d'un programme d'interventions multidimensionnel conc_u pour les parents et leur enfant ayant un TDAH sur le stress parental et la relation parent– enfant. *Canadian Journal of Behavioural Science*, 43 (3), 150–160. doi: 10.1037/a0019273

Vives, G. M. (2005). *Tests proyectivos: Aplicación al diagnóstico y tratamiento clínico*. Barcelona: Univeristat de Barcelona.

Winnicott, D. W. (1939). *La agresión*. Biblioteca D. Winnicott. Recuperado de: <http://www.psicoanalisis.org/winnicott/lagres.htm>

----- (1947). *Nuevas reflexiones sobre los bebés como personas*. Biblioteca D. Winnicott. Recuperado de:

<http://www.psicoanalisis.org/winnicott/bebepers.htm>

----- (1949). *Los recuerdos del nacimiento, el trauma del nacimiento y la angustia*. Biblioteca D. Winnicott. Recuperado de:

LOS SÍNTOMAS DEL TDAH, SÓLO LA PUNTA DEL ICEBERG

Eva María Esparza Meza

<http://www.psicoanalisis.org/winnicott/reclac.htm>

----- (1951). *Las bases de la salud mental*. Biblioteca D. Winnicott. Recuperado de: <http://www.psicoanalisis.org/winnicott/bases.htm>

----- (1952). *La angustia asociada con la inseguridad*. Biblioteca D. Winnicott. Recuperado de: <http://www.psicoanalisis.org/winnicott/angustia.htm>

----- (1955). *Las influencias grupales y el niño inadaptado: el aspecto escolar*. Biblioteca D. Winnicott. Recuperado de:

<http://www.psicoanalisis.org/winnicott/inadapt.htm>

----- (1957). *La contribución de la madre a la sociedad*. Biblioteca D. Winnicott. Recuperado de: <http://www.psicoanalisis.org/winnicott/contri.htm>

----- (1958). El primer año de vida. *En La Familia y El Desarrollo Del Individuo* (pp. 15 - 28). (4ª Ed. 1995). Argentina: Lumen-Hormé.

----- (1959). *El efecto de los padres psicóticos sobre el desarrollo emocional del niño*. Biblioteca D. Winnicott. Recuperado de: <http://www.psicoanalisis.org/winnicott/efecto.htm>

----- (1960a). *La pareja madre-lactante*. Biblioteca D. Winnicott. Recuperado de: <http://www.psicoanalisis.org/winnicott/lapamala.htm>

----- (1960b). *Deformación del ego en términos de un ser verdadero y falso*. Biblioteca D. Winnicott. Recuperado de:

<http://www.psicoanalisis.org/winnicott/defego.htm>

----- (1960c). *La familia y la madurez emocional*. Biblioteca D. Winnicott. Recuperado de: <http://www.psicoanalisis.org/winnicott/lafamaem.htm>

----- (1961). *Psiconeurosis en la niñez*. Biblioteca D. Winnicott. Recuperado de: <http://www.psicoanalisis.org/winnicott/enlaninz.htm>

----- (1962a). *La integración del yo en el desarrollo del niño*. Biblioteca D. Winnicott. Recuperado de: <http://www.psicoanalisis.org/winnicott/integryo.htm>

----- (1962b). *El desarrollo de la capacidad de preocuparse por el otro*. Biblioteca D. Winnicott. Recuperado de:

<http://www.psicoanalisis.org/winnicott/capacotr.htm>

LOS SÍNTOMAS DEL TDAH, SÓLO LA PUNTA DEL ICEBERG

Eva María Esparza Meza

----- (1962c). *El desarrollo del sentido de lo correcto y lo incorrecto en el niño*. Biblioteca D. Winnicott. Recuperado de:

<http://www.psicoanalisis.org/winnicott/desent.htm>

----- (1962d). *La provisión para el niño en la salud y en la crisis*. Biblioteca D. Winnicott. Recuperado de:

<http://www.psicoanalisis.org/winnicott/salcris.htm>

----- (1963a). *De la dependencia a la independencia en el desarrollo del individuo*. Biblioteca D. Winnicott. Recuperado de:

<http://www.psicoanalisis.org/winnicott/confdesa.htm>

----- (1963b). *El valor de la depresión*. Biblioteca D. Winnicott. Recuperado de: <http://www.psicoanalisis.org/winnicott/depval.htm>

----- (1963c). *El trastorno psiquiátrico en los términos de los procesos infantiles de maduración*. Biblioteca D. Winnicott. Recuperado de: <http://www.psicoanalisis.org/winnicott/procinfm.htm>

----- (1965a). *Los procesos de maduración y el ambiente facilitador. Estudios para una teoría del desarrollo emocional*. (1ª Reimp. 1996). Buenos Aires: Paidós.

----- (1965b). *El concepto de trauma en relación con el desarrollo del individuo dentro de la familia*. Biblioteca D. Winnicott. Recuperado de: <http://www.psicoanalisis.org/winnicott/conctr.htm>

----- (1966). *La ausencia de un sentimiento de culpa*. Biblioteca D. Winnicott. Recuperado de: <http://www.psicoanalisis.org/winnicott/ausencpa.htm>

----- (1967a). *El concepto de individuo sano*. Biblioteca D. Winnicott. Recuperado de: <http://www.psicoanalisis.org/winnicott/indsan.htm>

----- (1967b). *La delincuencia juvenil como signo de esperanza*. Biblioteca D. Winnicott. Recuperado de:

<http://www.psicoanalisis.org/winnicott/delinesp.htm>

----- (1967c). *El papel de espejo de la madre y la familia en el desarrollo del niño. En Realidad y juego* (pp. 147- 156). (1971, 1ª Reimp. 1987). México: Gedisa.

LOS SÍNTOMAS DEL TDAH, SÓLO LA PUNTA DEL ICEBERG

Eva María Esparza Meza

----- (1968). *Perturbaciones físicas y emocionales en una adolescente*. Biblioteca D. Winnicott. Recuperado de:

<http://www.psicoanalisis.org/winnicott/perfiem.htm>

Winnicott, D. W. (1971). *Realidad y juego* (1ª Reimp. 1987). México: Gedisa.

Yáñez, T. G. et al. (2012). Funciones cognoscitivas y ejecutivas en el TDAH. *Actas Esp Psiquiatr*, 40 (6), 293-8.

Young, S., Fitzgerald, M. & Postma, M. J. (2013). *ADHD: making the invisible visible*. European Brain Council (EBC) and GAMIAN-Europe (Global Alliance of Mental Illness Advocacy Networks). Recuperado de:

http://www.europeanbraincouncil.org/pdfs/ADHD%20White%20Paper_15Apr13.pdf

Zabarenko, L. (2011). ADHD via Psychoanalysis, Neuroscience, and Cognitive Psychology: Why Haven't We Fielded a Team? *Journal of Infant, Child, and Adolescent Psychotherapy*, 10, 5–12. doi: 10.1080/15289168.2011.575697

Zetina, F. (2011). La preeclampsia y la eclampsia. *Ginecol Obstet Mex*, 79 (3), 156-162. Recuperado de:

<http://www.medigraphic.com/pdfs/ginobsmex/gom-2011/gom113i.pdf>

Zivkovic, D., Zivanovic, N., Zivkovic, M., Milojkovic, O. & Djordjevic, M. (2012). Physical activity in ADHD children treatment. *HealthMED*, 6 (11), 3822- 3825.

Zuluaga, V. P. A. (2012). *Abordaje del TDAH desde el desarrollo psíquico temprano*. Tesis de maestría. Universidad de Manizales, Col.

Zuluaga, V. J. B. y Vasco, U. C. E. (2009). Evolución en la atención, los estilos cognitivos y el control de la hiperactividad en niños y niñas con diagnóstico de trastorno deficitario de atención con hiperactividad (TDAH). *Revista Latinoamericana de Psicología*, 41 (3), 481-496.

LOS SÍNTOMAS DEL TDAH, SÓLO LA PUNTA DEL ICEBERG

Eva María Esparza Meza

LOS SÍNTOMAS DEL TDAH, SÓLO LA PUNTA DEL ICEBERG

Eva María Esparza Meza
